

10 Nama Tempat Praktik 1

Alamat

Provinsi

Kabupaten/Kota
(Coret Kab/Kota yang tidak dipilih)

Nama Tempat Praktik 2

Alamat

Provinsi

Kabupaten/Kota
(Coret Kab/Kota yang tidak dipilih)

Nama Tempat Praktik 3

Alamat

Provinsi

Kabupaten/Kota
(Coret Kab/Kota yang tidak dipilih)

11 Nomor Telepon/Fax/E-Mail

Telepon Rumah

Kode area No.Telpon

Telepon Kantor

Kode area No.Telepon

Nomor HP

Nomor Faksimil

Kode area No. Faksimil

E-Mail

12 Ijazah Dokter Dokter Spesialis Dokter Gigi Dokter Gigi Spesialis

Nomor Ijazah

Tanggal Ijazah

Tgl Bln Tahun

Nama Universitas

Data diisi oleh Petugas Kolegium

13 Kompetensi

14 No Sertifikat Kompetensi

15 Tgl Sertifikat Kompetensi

Tgl. Bln Tahun

16 Biaya Registrasi disetor ke :

disetor melalui Bank BNI cabang

di transfer melalui Bank

Pernyataan ini telah kami buat dengan teliti dan sebenarnya, berkas persyaratan terlampir

.....,Tanggal.....
Yang membuat pernyataan