

BERKAS UJIAN KUALIFIKASI
PROGRAM DOKTOR

S-3

Nama : _____
N I M : _____
Program Studi S3 : _____
Kekhususan : _____

Dilaksanakan pada:

Hari : _____
Tanggal : _____
Jam : _____ WIB
Tempat : _____

Tim Dosen Penguji

Ketua : _____
Anggota I : _____
Anggota II : _____
Anggota III : _____

Kelengkapan persyaratan yang diserahkan ke Pengajaran

- ➔ Karya Tulis = 4 eksemplar
- ➔ Transkrip Akademik = 1 lembar
- ➔ Copy Sertifikat Toefl = 1 lembar
- ➔ Copy Tes Potensial Akademik = 1 lembar

*BERKAS UJIAN DISERAHKAN KE BAGIAN PENGAJARAN PPS FMIPA PALING LAMBAT 10 HARI SEBELUM UJIAN BERLANGSUNG

**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM
PROGRAM PASCASARJANA**

UK - 1

Perihal : Permohonan Ujian Kualifikasi

Yth. Ketua Program Studi S3

Program Pascasarjana Fakultas MIPA

Universitas Brawijaya

Bersama ini kami hadapkan mahasiswa bimbingan kami:

Nama : _____

N I M : _____

Program Studi S3 : _____

Kekhususan : _____

Untuk melaksanakan ujian kualifikasi, dan kami mohon untuk diselenggarakan pada:

Hari : _____

Tanggal : _____

Jam : _____

Tempat : _____

Demikian atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Malang,
Promotor,

NIP.

PERSETUJUAN UJIAN KUALIFIKASI

Yang bertandatangan dibawah ini, tim penguji menyetujui Ujian Kualifikasi mahasiswa:

N a m a : _____

NIM : _____

Program Studi S3 : _____

Yang akan diselenggarakan pada:

Hari : _____

Tanggal : _____

Jam : _____

Tempat : _____

No.	Nama	Tim Penguji	Tanda Tangan	Tgl. Persetujuan
1.		Ketua		
2.		Anggota I		
3.		Anggota II		
4.		Anggota III		

Malang,
Menyetujui
Ketua Program Studi S3 _____

NIP.

