



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PANTI RAPIH YOGYAKARTA

FORMULIR TES KESEHATAN SELEKSI MAHASISWA BARU

(SURAT PENGANTAR PEMERIKSAAN KESEHATAN)



Mohon untuk dilakukan pemeriksaan kesehatan untuk Calon Mahasiswa berikut ini:

Nama Lengkap :

Pilihan Prodi :

Jenis Kelamin : Laki-Laki / Perempuan

Tempat Lahir :

Tanggal Lahir :

Pemeriksaan dilakukan di:

Rumah Sakit/Puskesmas

Klinik

Laboratorium Klinik

Alamat:

Mohon dilakukan pemeriksaan: **Tes HBsAg**

NB: Formulir wajib diisi dengan lengkap dan jelas. Pihak Rumah Sakit/Laboratorium Klinik berhak menolak melakukan pemeriksaan bila formulir tidak lengkap dan jelas
- Pihak Rumah Sakit/Laboratorium Klinik harus melakukan pemeriksaan sesuai dengan permintaan yang tercantum pada formulir ini.

Demikian kami sampaikan dan terimakasih atas kerjasamanya

Hormat Kami,

(Ketua Panitia PMB STIKes Panti Rapih)

