



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)