

FORM PENGISIAN CUTI MAHASISWA

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES SURABAYA
JURUSAN KESEHATAN GIGI

Nama Mahasiswa :

N I M :

Program Studi : D III / D IV / Kesehatan Gigi

Semester : 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10

Tanggal awal cuti :

Tanggal akhir cuti :

Cuti dikarenakan :
.....

Alamat cuti :
.....

Nomor HP / Tlp Mahasiswa :
yang bisa dihubungi

Nama Orang Tua :

Alamat Orang Tua :
.....

Nomor HP / Tlp Orang Tua :
yang bisa dihubungi

Nama Mahasiswa

Mengetahui,
Orang Tua / Wali Mahasiswa

(.....)
NIM

(.....)

Politeknik Kesehatan Kemenkes Surabaya
Jurusan Kesehatan Gigi
Dosen Pembimbing Akademik

Menyetujui,
Politeknik Kesehatan Kemenkes Surabaya
Jurusan Kesehatan Gigi
Ka Prodi

(.....)

(.....)

Politeknik Kesehatan Kemenkes Surabaya
Jurusan Kesehatan Gigi
Ketua,

(Isnanto, S.Si.T., M.Kes)

- Keterangan :
- ❖ FORM DIISI DENGAN LENGKAP DAN JELAS
 - ❖ Sebelum 1 minggu masa akhir cuti mahasiswa bersangkutan wajib melapor ke bagian akademik dengan membawa bukti pembayaran her registrasi selama waktu cuti.