**FORMULIR KESEDIAAN SEBAGAI PEMBIMBING**

**KEGIATAN MAHASISWA PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER**

**FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN UIN MAULANA MALIK IBRAHIM MALANG**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

NIP/NIDT :

Bidang Ilmu :

Telepon / HP :

Email :

**Bersedia/ Tidak Bersedia\*** menjadi **pembimbing** kegiatan mahasiswa Program Studi Pendidikan Dokter FKIK UIN Maulana Malik Ibrahim Malang sebagai berikut:

Nama Mahasiswa : 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NIM. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NIM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NIM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(dapat diisi satu atau lebih sejumlah mahasiswa yang dibimbing)

Nama Kegiatan :

Penyelenggaran :

(mohon melampirkan poster atau informasi kegiatan)

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Malang, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yang menyatakan,

(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Keterangan \*) pilih salah satu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FORM KONSULTASI KEGIATAN MAHASISWA** | | |
| **Nama mahasiswa :** | | |
| **Nama kegiatan :** | | |
| **Nama Pembimbing :** | | |
| **Tanggal** | **Hasil konsultasi** | **Paraf pembimbing** |
|  |  |  |