**DEPARTEMEN TEKNOLOGI KEDOKTERAN**

**FAKULTAS KEDOKTERAN DAN KESEHATAN - ITS**

**FORMULIR PENGAJUAN INTERNSHIP**

**Bersama ini kami mengajukan Permohonan Internship sebagai berikut :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **NAMA** | **NRP** | **Jumlah SKS Tempuh** | **Tanda Tangan** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

**T o p i k** :

**Tujuan Perusahaan / Instansi \*)** :

**Alamat** :

 :

**Bidang Usaha** :

**Lokasi KP** :

**Tanggal KP** : selama (bulan)

**Surabaya, Tgl**.

**Mengetahui / Menyetujui;**

**Koordinator Kerja Praktek Dosen Pembimbing,**

( ……………………………… ) ( ……………………………… )

NIP. NIP.

\*) Pejabat dari perusahaan / instansi surat pengantar KP ditujukan

**CATATAN :**

 **\* Tuliskan peserta yang mudah dihubungi :**

 **Nama :**

 **Alamat :**

 **No. Telp : atau HP**

**\* Sebelum mengisi formulir ini mahasiswa diwajibkan membaca Peraturan KP.**

 **(Buku Pedoman / Petunjuk KP)**

**\* Menghubungi perusahaan terlebih dahulu untuk mendapatkan informasi dan alamat tujuan yang jelas**

PERLU DI INGAT PENDAFTARAN SEMINAR KP DIBUKA SETIAP AKHIR SEMESTER (BERAKHIRNYA PERKULIAHAN)