



FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
Jl. Kaligawe Km. 4, Semarang 50112, Jawa Tengah

No. Dokumen FORM-SA-K-PS.KED-076

Tgl Berlaku 5 April 2024

**PERMOHONAN PENGEMBALIAN
DANA MAHASISWA**

No. Revisi 01

Halaman 1 dari 2

Kepada Yth : Wakil Dekan II
Fakultas Kedokteran UNISSULA

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Yang bertanda tangan di bawah ini, Saya :

Nama Mahasiswa : _____

NIM : _____

No. Whatsapp aktif : _____

Yang diketahui oleh orang tua/ wali :

Nama Orang tua/Wali : _____

Alamat : _____

Bermaksud mengajukan permohonan pengembalian dana sebagai berikut :

Jenis dana : _____

Semester : Gasal / Genap/ Antara Tahun Akademik : 202___ / 202___

Jumlah dana : Rp. _____

Alasan permohonan pengembalian dana/ Kronologis :

*) lampirkan bukti pembayaran/ transfer yang telah dilakukan

Saya paham bahwa proses pengajuan pengembalian dana tidak dapat dilakukan pada semester berjalan ini dan Saya bersedia untuk menunggu proses pengembalian dana paling cepat pada semester depan.

Demikian permohonan Saya, atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

Wa'alaikumsalam Wr. Wb.

Mengetahui :
Orang Tua/ Wali Mahasiswa,

Semarang, _____
Mahasiswa,

(_____)

(_____)



FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
Jl. Kaligawe Km. 4, Semarang 50112, Jawa Tengah

PERMOHONAN PENGEMBALIAN
DANA MAHASISWA

No. Dokumen	FORM-SA-K-PS.KED-076
Tgl Berlaku	5 April 2024
No. Revisi	01
Halaman	2 dari 2

TANGGAPAN/PERSETUJUAN WAKIL DEKAN II :

Wakil Dekan II FK UNISSULA,

(_____)

PROSES LANJUT KAPRODI :

Kaprodi Kedokteran,

(_____)