**KETENTUAN MEMBUAT SURAT TERSEBUT DIBAWAH INI:**

1. **SILAKAN ISI DAN LENGKAPI FORM SURAT DIBAWAH INI**
2. **DIPRINT DIKERTAS A4 SEBANYAK 1 LEMBAR**
3. **SEBELUM DIMINTAKAN TANDATANGAN KETUA PROGRAM, TERLEBIH DAHULU DIPARAF BAG. AKADEMIK**
4. **SELANJUTNYA DI FC DIATAS KERTAS KOP PROGRAM PASCASARJANA – AMBIL DISEKRETARIAT**
5. **BAG. AKADEMIK DAN BAG. KEUANGAN MASING-MASING DIBERI 1 LEMBAR**
6. **JIKA ADA YANG BELUM PAHAM SILAKAN DITANYAKAN KE SEKRETARIAT**

No. : /PS-IF/AKD/ /

Lamp. : 1 buah Naskah Tesis

Hal : **Undangan Menguji Ujian Tertutup Tesis**

Kepada Yth.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. |  | sebagai Ketua |
| 2. |  | sebagai Anggota |
| 3. | *(nama pembimbing utama)* | sebagai Anggota |
| 4. | *(nama pembimbing pendamping)* | sebagai Anggota |

Tim Penguji Tesis

Di tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyelenggaraan Ujian Tertutup Tesis Program Pascasarjana Ilmu Farmasi Fakultas Farmasi UGM, kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk menjadi penguji tesis bagi mahasiswa yang tersebut dibawah ini :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama | : |  |
| NIM | : |  |
| Minat | : |  |
| Judul tesis | : |  |

Dibawah bimbingan :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pembimbing Utama  | : |  |
| Pembimbing Pendamping  | : |  |

Ujian Tertutup Tesis akan diselenggarakan pada :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hari / tanggal | : |  |
| Jam | : |  |
| Tempat  | : |  |

Jika disetujui Tim Penguji Tesis, mahasiswa tersebut diatas akan melaksanakan ujian terbuka tesis dalam bentuk keikutsertaan sebagai presenter oral pada Seminar.

Atas kesediaan dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Ketua Program Studi S2 Ilmu Farmasi

Dr. Erna Prawita Setyowati, M.Si., Apt.

NIP. 196804151997022001

NB: Mohon hadir berdasi