



**PROGRAM STUDI
MAGISTER KEBIDANAN**
Fakultas Kedokteran - Universitas Brawijaya

**PERNYATAAN TENTANG SUMBER BIAYA
PENDIDIKAN PASCASARJANA (S2)**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama _____
NIP _____
Jabatan _____
Instansi _____

Menyatakan bahwa, jika saya telah diterima sebagai mahasiswa di Program Studi Magister Kebidanan Fakultas Kedokteran - Universitas Brawijaya Tahun Akademik 2015/2016 maka,

- Saya bersedia menanggung seluruh biaya pendidikan selama belajar di Program Studi Magister Kebidanan Fakultas Kedokteran - Universitas Brawijaya
- Instansi saya menanggung seluruh biaya pendidikan selama belajar di Program Studi Magister Kebidanan Fakultas Kedokteran - Universitas Brawijaya
- Seluruh biaya pendidikan selama belajar di Program Studi Magister Kebidanan Fakultas Kedokteran - Universitas Brawijaya akan ditanggung oleh pemberi beasiswa/sponsor _____
- Saya berharap memperoleh beasiswa dari _____

_____ - - 2015

Menyetujui
Pimpinan Instansi/Lembaga/Sponsor,

Pelamar,

Tanda Tangan & Nama Terang

Tanda Tangan & Nama Terang

Catatan : - Beri tanda silang (X) pada pilihan yang sesuai
- Tulis dengan huruf balok dan sebaiknya menggunakan tinta hitam