



PERMOHONAN PENGUNDURAN DIRI MAHASISWA

Kepada :

Yth. Direktur

c.q. Bagian Administrasi Akademik dan Kemahasiswaan

Akademi Farmasi Indonesia Yogyakarta

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama :

NIM :

Program Studi : D-III Farmasi

Semester :

Alamat :

No. Telepon/HP :

Mengajukan permohonan **pengunduran diri** dari sebagai mahasiswa Akademi Farmasi Indonesia Yogyakarta

Mulai Semester : Tahun Akademik/.....

Dengan Alasan :

.....

Demikian permohonan ini, atas perhatian dan perkenan Direktur Akademi Farmasi Indonesia Yogyakarta saya ucapkan terimakasih.

Yogyakarta,

Mengetahui,
Orang Tua/Wali

Hormat Saya,

Materai 10.000

Menyetujui,
Wakil Direktur Bidang Akademik

apt. Fitria Dhirisma, M.Pharm.Sci.



Bersama ini saya lampirkan :

No	Berkas	Check List
1	Surat Keterangan Bebas Perpustakaan	
2	Surat Keterangan Bebas Laboratorium	
3	Surat Keterangan Bebas Keuangan	
4	Kartu Tanda Mahasiswa (KTM)	