



**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI**  
**UNIVERSITAS HASANUDDIN**  
**FAKULTAS KEDOKTERAN**  
**PROGRAM STUDI S1 FISIOTERAPI**

JLN. PERINTIS KEMERDEKAAN KAMPUS TAMANLANREA KM. 10 MAKASSAR 90245  
TELP. 0411-586296, 5040399 FAX. 0411-586297

**FORMULIR PENDAFTARAN MAHASISWA BARU**  
**PROGRAM ALIH JENJANG D3 FISIOTERAPI KE S1 FISIOTERAPI**  
**TAHUN AJARAN 2017/2018**

foto  
2x3  
warna

**I DATA PRIBADI**

Nomor Pendaftaran :   (diisi oleh Panitia)

Nama Calon Maba : .....

Tempat Tanggal Lahir : .....

Jenis Kelamin : Laki Laki / Perempuan \*)

Agama : Islam / Protestan / Katholik / Hindu / Budha \*)

Suku/Bangsa : .....

Status Keluarga : Nikah / Belum Nikah / Janda / Duda \*)

Alamat lengkap : .....

Nomor Tlp./HP : .....

**II DATA ORANG TUA/WALI**

a. AYAH

Nama : .....

Umur : .....

Pekerjaan : .....

Alamat lengkap : .....

b. IBU

Nama : .....

Umur : .....

Pekerjaan : .....

Alamat lengkap : .....

**III ASAL PERGURUAN TINGGI/AKADEMI**

Nama Perguruan Tinggi : .....

Jurusan : .....

Tahun Masuk/Tahun Lulus : .....

Nomor dan Tahun Ijazah : .....  
Jumlah SKS dan IPK : ..... dan .....

**IV ASAL INSTANSI/TEMPAT BEKERJA**

Nama Instansi : .....  
Alamat : .....

Makassar,  
2017

Calon Mahasiswa Baru,

\_\_\_\_\_  
Nama lengkap dan tanda tangan

Keterangan :

\*) Coret yang tidak perlu