



PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Nomor Kartu Tanda Penduduk :

Alamat :

.....

Selaku wali mahasiswa Institut Kesehatan Rajawali :

Nama :

Nomor Pokok Mahasiswa :

Menyatakan bahwa Saya bersama dengan orang tua mahasiswa akan turut bertanggung jawab terhadap pembinaan mahasiswa selama masa pendidikannya di Institut Kesehatan Rajawali.

Demikian pernyataan ini Saya buat dengan sebenarnya.

Mengetahui,
Orang Tua Mahasiswa,

.....
Yang menyatakan,

(.....)

(.....)