Kepada Yth.

Ketua Program Studi Magister Farmasi Klinik

Fakultas Farmasi UGM

**SURAT KESEDIAAN MENJADI DOSEN**

**PEMBIMBING UTAMA/PENDAMPING\*)**

**(T-01)**

Yang bertanda tangan di bawah ini, Saya

Nama :

Instansi :

Bidang Ilmu :

Dengan ini bersedia menjadi Pembimbing Utama/Pembimbing Pendamping\*) untuk :

Nama :

No Mahasiswa :

Judul Tesis :

Kategori Penelitian\*): ⃝ Proyek (mohon melampirkan fotocopy kontrak dan/atau

 Dokumen pendukung)

 ⃝ Bukan Proyek

Yogyakarta, …………………………………..
Yang menyatakan,

 …………………………………

Catatan:

1. *Susunan Tim Pembimbing dapat diganti berdasarkan hasil rapat Panitia Tesis berdasarkan jumlah batas maksimal pembimbingan Tesis dan atau alasan lain yang sesuai.*
2. *Sesuai Peraturan Akademik yang berlaku di Program Studi Magister Farmasi Klinik, batas pembimbingan Tesis adalah sebanyak 5 (lima) mahasiswa sebagai Pembimbing Utama dan 4 (empat) mahasiswa sebagai Pembimbing Pendamping*
3. *\*) Pilih salah satu*

Kepada Yth.

Ketua Program Studi Magister Farmasi Klinik

Fakultas Farmasi UGM

**FORMULIR PENGAJUAN PEMBIMBING TESIS**

**(T-02)**

Yang bertanda tangan di bawah ini, Saya :

Nama :

No Mahasiswa :

Judul Usulan Tesis :

Mengajukan Pembimbing Tesis sebagai berikut\*) :

1. Pembimbing Utama : sudah/belum dihubungi\*)
2. Pembimbing Pendamping : sudah/belum dihubungi\*)
3. Belum mempunyai usulan Pembimbing

Bersama ini pula saya lampirkan :

⃝ Outline Rencana Penelitian

(mencakup usulan metode, lokasi penelitian, bidang ilmu dan

Jurnal nasional/International yang dituju)

⃝ Surat Kesediaan menjadi Dosen Pembimbing (Form T-01)

 Yogyakarta, ………………………………

 Pemohon

 ………………………………..

\*) coret yang tidak perlu

Head of the Magister Program in Clinical Pharmacy

Faculty of Pharmacy UGM

**STATEMENT LETTER FOR THE FIRST/SECOND THESIS ADVISOR\*)**

**(T-01)**

This is to certify that:

Name :

Institution :

Study Program :

Is willing to be the first/second thesis advisor for\*):

Name :

Student’s Number :

Thesis Title :

Choice of options\*) : ⃝ Project (please enclose a copy of contract and/or

 Other supporting documents)

 ⃝ Non-project

Yogyakarta, …………………………………..
Sincerely,

 …………………………………

Note:

1. *The composition of the Advisory Team can be replaced based on the results of the Thesis Committee meeting based on the number of maximum Thesis guidance and/or other suitable reasons.*
2. *In accordance with the applicable Academic Regulations in Master Program in Clinical Pharmacy, the limit of Thesis guidance is as many as 5 (five) students as the First Advisors and 4 (four) students as Second Advisors*
3. *\*) Choose one*

Head of the Magister Program in Clinical Pharmacy

Faculty of Pharmacy UGM

**SUBMISSION FORM FOR THESIS ADVISORS**

**(T-02)**

This is to certify that:

Name :

Student’s Number :

Thesis Proposal Title :

Is submitting for thesis advisors as follow\*):

1. First Advisor : already/not contacted\*)
2. Second Advisor : already/not contacted\*)
3. Not yet decided

Hereby I enclose:

⃝ Research Plan Outline

(Includes proposed methods, research locations, fields of science and

The intended national/international journal)

⃝ Statement letter for the Thesis Advisors (Form T-01)

 Yogyakarta, ………………………………

 Applicant,

 ………………………………..

\*) cross the unnecessary ones