**Formulir Pendaftaran Pelatihan**

Saya yang bertandatangan di bawah ini,

Nama :……………………………………………………………………………….**(beserta gelar)**

Asal Institusi :…………………………………………………………………………………………………

Alamat institusi :…………………………………………………………………………………………………

 …………………………………………………………………………………………………

No HP : …………………………………………………………………………………………………

e\_mail : …………………………………………………………………………………………………

Mendapatkan informasi

pelatihan dari : Surat / WA / Website / Medsos / Lain-lain……………………………………………………

Bersedia mengikuti acara :

1. Pelatihan Pengembangan Sistem Penjaminan Mutu Internal untuk Institusi Pendidikan Kedokteran dan Profesi Kesehatan pada tanggal 25 – 26 Juli 2019, dengan biaya kepesertaan Rp. 2.000.000,-

 ……………., …………………….2019

 (………………………………………..)

**Catatan:**

1. **Pembayaran workshop secara ONSITE**
2. **Formulir pendaftaran dapat dikirim diemail ke**

 **Email :** medicaleducation@ugm.ac.id(Subyek : PELATIHAN(spasi)NAMA)

 **Telp/WA/SMS: 0812-2948-1668**

1. **Kontak person pendaftaran: Saudari Rani 0812-2948-1668**

**Kami mohon untuk menkonfirmasi kepesertaan ke panitia.**