

No. Test :



# FORMULIR PENDAFTARAN

## PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

NAMA : .....

KONSENTRASI : .....

MINAT : .....

## **PENGANTAR**

Buku ini merupakan FORMULIR PENDAFTARAN Ujian Masuk Program Pascasarjana Universitas Diponegoro Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat yang harus diisi lengkap.

Pengisian tidak perlu dilakukan dengan mesin ketik, dapat dengan tulisan tangan yang jelas dalam huruf cetak.

Lampiran-lampiran yang diminta, hendaknya disahkan oleh yang berwenang demi menghindari kesulitan bagi Saudara dikemudian hari.

Formulir ini merupakan salah satu persyaratan dalam pemrosesan mahasiswa untuk memasuki Program Pascasarjana Universitas Diponegoro Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat sehingga kejujuran dan kebenaran dalam pengisian sangat diutamakan.

Jika formulir berikut lampiran-lampirannya sudah diisi dan diterima lengkap, harap dikirim kepada :

**Ketua Program Studi  
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Program Pascasarjana Universitas  
Diponegoro**

Gedung Program Pascasarjana UNDIP  
Jl. Imam Bardjo, SH No. 3 Lantai 3  
Semarang 50241  
Telp./Fax : (024) 8451894

Selamat bekerja, semoga Saudara dapat diterima menjadi mahasiswa Program Pascasarjana Universitas Diponegoro Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat.

Ketua Program Studi  
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat

dr. Martha Irene Kartasurya, M.Sc., Ph.D  
NIP. 196407261991032003

## PERNYATAAN PENDAFTARAN

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : .....

Alamat : .....

.....

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa saya mendaftarkan diri sebagai calon peserta pendidikan Program Pascasarjana Universitas Diponegoro **Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat**, Konsentrasi : \*)

- ☐ **Administrasi dan Kebijakan Kesehatan (AKK)**  
Minat: ☐ **Administrasi dan Kebijakan Kesehatan (AKK)**  
☐ **Manajemen Kesehatan Ibu dan Anak (MKIA)**
- ☐ **Administrasi Rumah Sakit (ARS)**
- ☐ **Sistem Informasi Manajemen Kesehatan (SIMKES)**

Kelas :

- ☐ **Reguler (Senin s.d. Kamis)**
- ☐ **Non Reguler (Jum'at - Sabtu)**

Tahun Ajaran ...../.....

Bersama ini saya menyertakan keterangan sesuai persyaratan.  
Saya bertanggung jawab atas kebenaran keterangan yang saya berikan.

Semarang, .....

.....

Mengetahui atasan langsung \*\*)

.....

- \*) Beri tanda ✓ pada ☐
- \*\*) Jika ada

**FORMULIR PERMOHONAN MENGIKUTI PENDIDIKAN  
PROGRAM PASCASARJANA UNIVERSITAS DIPONEGORO  
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
TAHUN AJARAN ...../.....**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

.....  
(NAMA)

.....  
(NIP / NRP) \*)

Pekerjaan : .....

Alamat : .....

.....

No. Telp. : .....

mengajukan permohonan agar dapat mengikuti pendidikan Program Pascasarjana Universitas Diponegoro **Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Konsentrasi : \*\*)**

- ☐ **Administrasi dan Kebijakan Kesehatan (AKK)**  
Minat: ☐ **Administrasi dan Kebijakan Kesehatan (AKK)**  
☐ **Manajemen Kesehatan Ibu dan Anak (MKIA)**  
☐ **Administrasi Rumah Sakit (ARS)**  
☐ **Sistem Informasi Manajemen Kesehatan (SIMKES)**

Kelas :

- ☐ **Reguler (Senin s.d. Kamis)**  
☐ **Non Reguler (Jum'at - Sabtu)**

Tahun Ajaran ...../.....

.....

.....  
(Tanda tangan)

- \*) Bila memiliki  
\*\*) Beri tanda ✓ pada ☐

## CURRICULUM VITAE

FOTO  
3X4

### I. DATA PRIBADI

1. Nama Lengkap & Gelar	:	
2. N.I.P. *)	:	
3. KARPEG *)	:	
4. Instansi	:	
5. Pekerjaan	:	
6. Jabatan	:	
7. Pangkat dan Golongan Ruang *)	:	
8. Alamat Kantor	:	
Telepon	:	
9. Alamat Rumah / Koresponden		
a. Jalan	:	
b. Kelurahan/Desa	:	
c. Kecamatan	:	
d. Kabupaten/Kota	:	
e. Provinsi	:	
f. Telp/HP	:	
g. e-mail	:	

KEMENTERIAN PENDIDIKAN NASIONAL REPUBLIK INDONESIA  
UNIVERSITAS DIPONEGORO  
PROGRAM PASCASARJANA PROGRAM MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

---

10. Tanggal Lahir/Umur	:	
11. Tempat Lahir	:	Kota : Provinsi :
12. Asal Perguruan Tinggi	:	
a. Nama Universitas	:	
b. Bidang Studi	:	
c. IPK	:	
13. Jenis Kelamin	:	
14. Golongan Darah	:	
15. Status Perkawinan	:	Belum Kawin/Kawin/Janda/Duda **)
16. Bila sudah menikah	:	anak
17. Nama Istri/Suami	:	
18. Istri/Suami bekerja/tidak	:	
19. Instansi Istri/Suami	:	
20. Nama Orang Tua (bila masih hidup)	:	
21. Pekerjaan Orang Tua	:	

\*) Bila memiliki  
\*\*) Coret yang tidak perlu

## II. PENDIDIKAN

### 1. Pendidikan di dalam dan di luar negeri

No	TINGKAT	NAMA PENDIDIKAN	JURUSAN	STTB/TANDA LULUS/IJAZAH TAHUN	TEMPAT	NAMA KEPALA SEKOLAH/ DIREKTUR/DEKAN
1	SD					
2	SLTP					
3	SLTA					
4	AKADEMI					
5	PERGURUAN TINGGI					

### 2. Kursus / latihan di dalam dan di luar negeri yang relevan

No	NAMA KURSUS/LATIHAN	LAMA (BLN/TH)	IJAZAH/TANDA LULUS/SURAT KET.THN	TEMPAT	KETERANGAN

### 3. Penguasaan Bahasa Asing \*)

No	NAMA	MEMBACA			MENULIS			BERBICARA			KETERANGAN
		K	S	B	K	S	B	K	S	B	

\*) Beri tanda (✓) pada kolom yang sesuai

- K - Kurang
- S - Sedang
- B - Baik

### III. KEGIATAN ILMIAH

Simposium/Seminar/Pertemuan Ilmiah lain (lima tahun terakhir yang terpenting)

No	NAMA	KEDUDUKAN PERANAN	BULAN/TAHUN PENYELENGGARAAN	INSTANSI PENYELENGGARA	TEMPAT

### IV. PENGALAMAN KERJA

No	INSTANSI	JABATAN	DARI TAHUN S.D. TAHUN

### V. Sumber biaya yang diharapkan dari .....

.....  
.....

### VI. Skor TPA dan TOEFL : ..... (jika ada lampirkan).

Bagi yang belum memiliki skor TOEFL diharapkan dapat menunjukkan tanda bukti skor TOEFL minimal 425 pada saat akan lulus studi.



**VII. Nama dan alamat yang segera dapat dihubungi :**

Nama : .....

Alamat : .....

.....

.....

No. Telp./ HP. : .....

**VIII. KETERANGAN LAIN-LAIN**

1. Lampiran 1 (satu) foto copy dari :
  - a. Transkrip akademik pendidikan sarjana lengkap.
  - b. Ijazah / Diploma / Sertifikat akademik sesudah sarjana lengkap.
2. Lampirkan surat keterangan dokter tentang berbadan sehat.
3. Rencana pembayaran pendidikan :
  - a. TMPD/BPPS (ditambah pengisian formulir TMPD/BPPS).
  - b. Instansi lain : .....
  - c. Lain-lain : .....
4. Pernahkan melamar pada Program Pascasarjana lain \*)  
Pernah (        ), kapan .....  
Belum (        )

\*) Beri tanda (✓) pada kolom yang sesuai.

Keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya.

.....,

Pemohon,

.....

Nama lengkap

**RAHASIA**

**SURAT REKOMENDASI CALON MAHASISWA**

Nama Pelamar : .....

Nama Pemberi Rekomendasi : .....

Jabatan ....., Instansi.....

**Kepada pemberi rekomendasi** : nama yang tercantum di atas telah mengajukan lamaran untuk diterima pada Program Pascasarjana Universitas Diponegoro **Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat**. Kami mohon Bapak/Ibu bersedia untuk memberikan penilaian tentang kemampuan pelamar untuk menyelesaikan pendidikannya di program tersebut, dengan mengisi formulir di bawah ini. Bila dirasa perlu untuk menggunakan format rekomendasi yang lain, dengan senang hati kami akan menerima. Pengelola Program mengucapkan terima kasih atas bantuan Bapak/Ibu.

1. Lama waktu mengenal pelamar :
  - ◆ sebagai bawahan selama : .....tahun
  - ◆ sebagai mahasiswa : .....tahun
2. Kemampuan akademik pelamar, dibandingkan dengan orang-orang lain di lingkungannya, pilih (X) salah satu :
  - ◆ 5 % terbaik
  - ◆ 10 % terbaik
  - ◆ rata-rata
  - ◆ di bawah rata-rata
  - ◆ tidak dapat menilai

3. Hal-hal yang merupakan kekuatan / kemampuan / bakat yang dimiliki pelamar :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....



4. Hal-hal yang merupakan kelemahan / kekurangan yang dimiliki pelamar :

.....

.....

.....

.....

5. Menurut prediksi Bapak/Ibu dalam mengikuti program ini pelamar akan :

- ◆ berhasil dengan memuaskan
- ◆ cukup cakap untuk mengikuti pendidikan
- ◆ memerlukan bimbingan khusus

6. Berdasarkan pertimbangan-pertimbangan tersebut di atas maka kami :

1. memperkuat
2. mendukung
3. menyetujui
4. meragukan

kemampuan pelamar untuk mengikuti pendidikan di Program Pascasarjana Universitas Diponegoro Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat.

.....  
Tanggal

.....  
Tanda tangan pemberi rekomendasi

**KETERANGAN :**

Lembar rekomendasi dipotong/digunting & dimasukkan dalam amplop tertutup, ditujukan kepada :

**Ketua Program Studi**  
**Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat**  
Gedung Program Pascasarjana UNDIP  
Jl. Imam Bardjo, SH. No. 3 Lantai 3  
Semarang 50241



**INFORMASI RINCIAN BIAYA PENDIDIKAN  
TAHUN AJARAN 2011/2012**

<b>BIAYA PRAPERKULIAHAN</b>	<b>Rp</b>
Pendaftaran	500.000
Perpustakaan (untuk 4 semester)	200.000
Matrikulasi ijazah <b>dokter &amp; SKM</b>	1.300.000
Matrikulasi ijazah <b>Sarjana lainnya</b>	1.300.000
<b>BIAYA PERKULIAHAN</b>	
SPP + SBP Smt. I	11.000.000
SPP + SBP Smt. II	8.000.000
SPP + SBP Smt. III	8.000.000
SPP Smt. IV	3.000.000
<b>TOTAL</b>	<b>30.000.000</b>
<b>BIAYA LAIN-LAIN</b>	
Residensi Konsentrasi AKK, MKIA, SIMKES (Smt III)	1.800.000
Residensi I Konsentrasi ARS (Smt II)	1.500.000
Residensi II Konsentrasi ARS (Smt III)	1.800.000

**KETERANGAN :**

- Biaya SPP per semester sebesar **Rp. 3.000.000,00**
- Apabila mahasiswa belum lulus sampai dengan semester IV, maka pada semester V dan seterusnya mahasiswa tetap dikenakan pembayaran SPP sebesar Rp. 3.000.000,00 per semester.
- Biaya pendidikan di atas tidak termasuk biaya buku, biaya hidup, biaya penelitian untuk tesis.

**SURAT PERNYATAAN  
PENANGGUNG BIAYA PENDIDIKAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini saya :

Nama : .....

Jabatan : .....

Instansi : .....

menyatakan sanggup menanggung biaya pendidikan atas nama :.....  
sesuai dengan ketentuan dari Program Pascasarjana Universitas Diponegoro Program  
Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat dengan sumber pembiayaan \*) : sendiri /  
instansi, lain-lain sebutkan .....  
apabila yang bersangkutan diterima di Program Pascasarjana Universitas Diponegoro  
Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat.

Demikian pernyataan ini kami buat dengan sesungguhnya.

\*) Pilih salah satu atau isi sesuai dengan sumber pembiayaan.

Yang membuat pernyataan,

(.....)

## PERNYATAAN

Saya,.....

Yang bertanda tangan di bawah ini, dengan disaksikan oleh : atasan langsung/orang tua/wali \*) saya, dengan ini menyatakan sebagai berikut :

1. Semua keterangan yang ditulis dalam formulir ini adalah benar.
2. Saya tidak keberatan Program Pascasarjana Universitas Diponegoro Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, **Konsentrasi AKK (Minat AKK / Minat MKIA) / Konsentrasi ARS / Konsentrasi SIMKES \*)** mengadakan test khusus (Test Potensial Akademik, Test Materi Khusus Konsentrasi, Kuesioner Khusus Individu Calon Mahasiswa, dan Test Bahasa Inggris) dalam rangka proses penerimaan ini.
3. Apabila saya diterima pada Program Pascasarjana Universitas Diponegoro Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, **Konsentrasi AKK (Minat AKK / Minat MKIA) / Konsentrasi ARS / Konsentrasi SIMKES \*)** maka saya akan menaati semua peraturan dan ketentuan yang berlaku bagi para peserta di Program Pascasarjana Universitas Diponegoro Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, **Konsentrasi AKK (Minat AKK / Minat MKIA) / Konsentrasi ARS / Konsentrasi SIMKES \*)**.

Mengetahui/Menyetujui \*)

.....  
Calon peserta,

Materai Rp. 3.000,-

.....  
(nama lengkap & tanda tangan)

.....  
(nama lengkap & tanda tangan)

### **CATATAN :**

Bagi yang sudah bekerja wajib diketahui oleh atasan langsung.

\*) Coret yang tidak perlu.

**DIISI OLEH TIM PENILAI**

NAMA : .....

Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Konsentrasi AKK (Minat AKK / Minat MKIA ) / Konsentrasi ARS / Konsentrasi SIMKES  
\*)

Diterima

:

☐

Ditolak

☐

\*\*) )

Alasan Penolakan :

1. Persyaratan administrasi.
2. Test Potensial Akademik (TPA).
3. Test Materi Khusus Konsentrasi.
4. Kuesioner Khusus Individu Calon Mahasiswa.
5. Test Bahasa Inggris.

Semarang, .....

Mengetahui  
Ketua Tim,

Tim Penilai,

.....

.....

\*) Coret yang tidak perlu

\*\*) Beri tanda ✓ pada ☐

**DAFTAR KELENGKAPAN PERSYARATAN  
UJIAN MASUK**

NAMA CALON MAHASISWA : .....

NO. TEST : .....

KONSENTRASI/MINAT : .....

NO	JENIS PERSYARATAN	JUMLAH YANG DISYARATKAN	ADA	BELUM	KETERANGAN
1	Tanda bukti biaya pendaftaran	1			
2	Pernyataan pendaftaran	1			
3	Foto copy : 1. Ijazah 2. Transkrip yang sudah dilegalisir	1 1			
4	Surat keterangan sehat dari dokter	1			
5	Rekomendasi : 1. Dosen (belum bekerja) 2. Instansi (sudah bekerja)	1 1			
6	Surat pernyataan penanggung biaya pendidikan	1			
7	Foto berwarna : 3 x 4	4			

Semarang, .....

Penerima,

.....



## SURAT KETERANGAN MELENGKAPI PERSYARATAN

Yang bertanda tangan di bawah ini kami, peserta test ujian masuk Program Pascasarjana Universitas Diponegoro Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Konsentrasi AKK (Minat AKK / Minat MKIA) / Konsentrasi ARS / Konsentrasi SIMKES \*)

Nama : .....

Nomor Test : .....

Belum dapat melengkapi persyaratan ujian masuk yang berupa :

1. ....
2. ....
3. ....

Dengan ini kami menyatakan kesanggupan akan melengkapi persyaratan di atas paling lambat pada tanggal dilaksanakan ujian masuk.

Demikian kesanggupan ini kami buat untuk menjadikan periksa.

Semarang, .....

Yang membuat kesanggupan :

.....

\*) Coret yang tidak perlu

<b>PANITIA SELEKSI PENERIMAAN MAHASISWA BARU</b> <b>PROGRAM MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT</b> <b>PROGRAM PASCASARJANA UNIVERSITAS DIPONEGORO</b>		<b>No. Test :</b>
<b>T A : 2011/2012</b>		<b>Konsentrasi :</b>
<b>N a m a :</b>		<b>Minat :</b>
Jenis Kelamin : ..... Tempat/Tgl Lahir : ..... Asal Alumni : ..... Instansi : ..... Alamat Rumah : ..... Kab/Kota : ..... Provinsi : ..... Telepon/HP : ..... Email : .....	Foto  3x4   ..... (tanda tangan peserta)	
<b>PERHATIAN :</b> 1. Ujian Masuk TA 2011/2012 : Sabtu, 7 Mei 2011 Jam : 09.00 – 15.00 WIB 2. Saat tes membawa : kartu ujian dan alat tulis (ballpoint) 3. Pakaian bebas, sopan, rapi		
<b>Bagian 1 : Untuk peserta. Dibawa saat Ujian. Jangan hilang.</b>		
<b>BUKTI HADIR SELEKSI PMB MIKM UNDIP TA 2011/2012</b>		
No. Test/Konsentrasi/Minat : .....		
Nama : ..... Jenis Kelamin : ..... Tmp/Tgl Lahir : ..... Asal Alumni : ..... Instansi : ..... Alamat Rumah : ..... Kab/Kota : ..... Provinsi : ..... Telepon/HP : ..... Email : .....	Foto  3x4   ..... (tanda tangan peserta) <b>WAKTU UJIAN</b>	
<b>Bagian 2 : Untuk panitia</b>		