



KONSIL KEDOKTERAN
INDONESIA

FORMULIR PENDAFTARAN UJI KOMPETENSI DAN REGISTRASI BARU

FROM 1a

1. Nama Lengkap (dengan gelar)	
2. Bukti Identitas diri No.KTP/SIM/Paspor	
3. Tempat Lahir Kota/ Kabupaten Propinsi	
4. Tanggal Lahir	Tgl <input type="text"/> <input type="text"/> bln <input type="text"/> <input type="text"/> thn <input type="text"/> <input type="text"/>
5. Jenis Kelamin	1. Laki-laki <input type="checkbox"/> 2. Perempuan <input type="checkbox"/>
6. Alamat Rumah : Jalan	
	RT <input type="text"/> RW <input type="text"/>
	Kelurahan <input type="text"/>
	Kecamatan <input type="text"/>
	Kabupaten/Kota <input type="text"/>
	Propinsi <input type="text"/>
	Kode Pos <input type="text"/>
7. Alamat Korespondensi : Jalan	
	RT <input type="text"/> RW <input type="text"/>
	Kelurahan <input type="text"/>
	Kecamatan <input type="text"/>
	Kabupaten/Kota <input type="text"/>
	Propinsi <input type="text"/>
	Kode Pos <input type="text"/>
8. Alamat Tempat Bekerja Kabupaten/Kota Propinsi	
9. No. Telp/Fax/email Telepon Rumah Telepon Kantor Nomor HP Nomor Fax E-mail	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
10. Status Kepegawaian	
11. Tempat Bekerja	
12. Dokter/Dokter Gigi Nomor Ijazah Tanggal Ijazah Nama Universitas	<input type="checkbox"/> Dokter <input type="checkbox"/> Dokter Gigi <input type="text"/> Tgl <input type="text"/> <input type="text"/> bln <input type="text"/> <input type="text"/> thn <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
13. Tanda Bukti Dokter/Dokter Gigi	<input type="checkbox"/> 1. Ijazah <input type="checkbox"/> 2. Pengakuan/Sertifikat (hanya diisi oleh dokter spesialis yg tdk memiliki ijazah dari institusi pendidikan)
14. Kompetensi	
15. Nomor Sertifikat Kompetensi	
16. Tanggal Sertifikat Kompetensi	Tgl <input type="text"/> <input type="text"/> bln <input type="text"/> <input type="text"/> thn <input type="text"/> <input type="text"/>



KONSIL KEDOKTERAN
INDONESIA

17. Nama Kolegium

Diisi Oleh Dokter Lulusan Luar negeri

18. Nama Universitas (Luar Negri)

Nomor Ijazah

Tanggal Ijazah Tgl bln thn

Negara

19. Universitas Tempat Adaptasi

20. Tanggal Bukti Selesai Adaptasi Tgl bln thn

Ujian Kompetensi

21. Pilih Ujian

Ujian I

Ujian II

Ujian II

Periode Tgl bln thn

22. Tempat Fakultas Kedokteran

(pilih dari daftar lokasi tempat ujian)

23. Pendaftaran Melalui Kolektif melalui fakultas Kedokteran (sebutkan nama fakultas kedokteran)

Kolektif melalui sekretariat Komite Bersama Melalui Website

Biaya Uji Kompetensi

24. Dibayarkan Melalui Tunai Bank

Sebutkan Jumlah dg Huruf

25. Bukti Pembayaran di kirim melalui

Fax Tgl bln thn

Email Tgl bln thn

Langsung Tgl bln thn

Biaya Registrasi

26. Biaya Registrasi disetor ke Rekening Kki Nomor 93205556 Bank BNI Cabang Melawai Raya Kebayoran Baru Jakarta Selatan

sebesar Rp. 300.000,- (tiga ratus ribu rupiah)

disetor melalui BNI Cabang

di transfer melalui Bank

Pernyataan ini telah kami buat dengan teliti dan sebenarnya

.....
yang membuat pernyataan

(.....)
nama sesuai ijazah dan gelar yang dimiliki