FORM 7

FORM PEMERIKSAAN RADIOLOGI

IDENTITAS (Diisi Calon Mahasiswa Baru)

No. Pendaftaran SNMPTN : _____

Nama : _____

Program Studi* : PSPD / FARMASI

PEMERIKSAAN RADIOLOGI

Kesimpulan Foto Thorax PA	
Nama Dokter Spesialis Radiologi	**Tanda tangan****

Keterangan :

- ✓ Lampirkan hasil Foto Thorax PA

**Deskripsi hasil pembacaan wajib Stempel Basah Rumah Sakit pemerintah kota/kabupaten/Labotarorium Klinik