|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Description: Description: Description: Description: Description: pusat | **KEMENTERIAN AGAMA**  **UNIVERSITAS ISLAM NEGERI MAULANA MALIK IBRAHIM MALANG**  **FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN**  **JURUSAN FARMASI**  Jl. Ir. Soekarno No.34 Dadaprejo Batu, Telepon (0341) 577033 Faksimile (0341) 577033  Website: http//fkik.uin-malang.ac.id. E-mail:[fkik@uin-malang.ac.id](mailto:fkik@uin-malang.ac.id) |  |

Nomor : ………/FKIK.F/OT.02.7/ /2019 …………………..…2019

Lamp. : -

Hal : Permohonan

Kepada

Yth. Kabag Administrasi Akademik dan Kemahasiswaan

UIN Maulana Malik Ibrahim Malang

Di tempat

***Assalamualaikum Wr. Wb.***

Bersama ini kami menerangkan bahwa:

Nama : ..............................................................

NIM : ...........................................

Jurusan : Farmasi

Mohon untuk dilakukan perubahan/perbaikan nilai atas mata kuliah berikut :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **MATA KULIAH** | **NILAI LAMA** | | **NILAI BARU** | |
| **Angka** | **Huruf** | **Angka** | **Huruf** |
|  |  |  |  |  |  |

Demikian permohonan kami, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

***Wassalamu’alaikum Wr. Wb.***

Mengetahui

Ketua Jurusan Farmasi, Dosen Pengampu,

Roihatul Muti’ah ………………….…………………….,