Tempat, Tanggal

Kepada Yth,

Ketua Jurusan Gizi

Poltekkes Kemenkes Bandung

di

Tempat

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

NIM :

Jurusan/Prodi :

Alamat :

Dengan ini saya mengajukan pengunduran diri sebagai mahasiswa Jurusan Gizi dengan alasan \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Demikian surat pengunduran diri ini dibuat dengan sesungguhnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Tempat, Tanggal

Menyetujui,

Orangtua/wali mahasiswa Yang membuat pernyataan,

Meterai

(Nama orangtua/wali) ( Nama Mahasiswa)

Mengetahui,

Pembimbing Akademik

(Nama Dosen )