|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULIR PENDAFTARAN**  **PROGRAM FELLOWSHIP DOKTER SPESIALIS PENYAKIT DALAM**  Isilah surat lamaran ini dengan diketik. | | | | | | | | | Foto ukuran 3x4 berwarna, latar foto warna merah | | | | |
| **Dikirim oleh instansi asal** :  ⬜ Rumah Sakit .............................................................................  **Dengan surat no** .............................................. **tanggal** ........................  **Program Fellowship yang dipilih :**   * Fellowship Tatalaksana Penyakit Ginjal dengan Dialisis Tahap Dasar * Fellowship Onkologi * Fellowship Tatalaksana Penyakit Saluran Cerna dengan Endoskopi Tahap Dasar * Fellowship Diabetes Melitus * Fellowship Tatalaksana Penyakit Paru berbasis Bronskoskopi dan Intervensi Dasar * Fellowship Penggunaan Antibiotik Tahap Lanjut * Fellowship Terapi Penyakit Kritis   **RS Penyelenggara yang dipilih :**   * RS M. Djamil, Padang * RS dr. Soetomo, Surabaya * RS Saiful Anwar, Malang * RS dr. Kariadi, Semarang * RS dr. Sardjito, Yogyakarta * RS dr. Wahidin Sudirohusodo, Makassar * RS dr. Cipto Mangunkusumo, Jakarta * RS Hasan Sadikin, Bandung * RS Moehammad Hoesin, Palembang * RS Adam Malik, Medan * RS Sanglah, Denpasar * RS Moewadi, Surakarta * RS Zainal Abidin, Aceh | | | | | | | | |
| 1. **DATA PRIBADI** | | | | | | | | |  | | | | |
| **Nama Pemohon** :.........................................................................................  **Tempat Tanggal Lahir** : …………………………………………………………………………………….  **Jenis Kelamin** :   * Laki-laki * Perempuan   **Korespondensi** :  Alamat:  No. Hp :  Email : | | | | | | | | |  | | | | |
| **Uraikan secara singkat alasan memilih Program *Fellowship* dan tempat pendidikan di atas.** | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **RIWAYAT PENDIDIKAN** | | | | | | | | | | | | | |
| **TINGKAT PENDIDIKAN** | | | **INSTITUSI PENDIDIKAN** | | | **KOTA** | | | | **LAMA PENDIDIKAN**  **(xxxx s/d xxxx)** | | | |
| 1. Dokter Umum : | | |  | | |  | | | |  | | | |
| 1. Dokter Spesialis Penyakit Dalam : | | |  | | |  | | | |  | | | |
| 1. Pendidikan/Pelatihan tambahan, dalam ataupun luar negeri (sebutkan namanya): | | |  | | |  | | | |  | | | |
| 1. **RIWAYAT PEKERJAAN** | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Riwayat Pekerjaan di instasi pemerintah maupun swasta dan tahun bertugas :** | | | | | | | | | | | | | |
| No | Institusi Tempat Kerja | SMF / Bagian tempat kerja | | | Jabatan | | | | | | | Periode th ..... s/d ....... |
|  |  |  | | |  | | | | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | | | | |  |
| * 1. **Tempat Praktik (selain instansi tempat bekerja)** | | | | | | | | | | | | | |
| No | Nama Tempat Praktik | | | Jabatan | | | | Periode th ..... s/d ....... | | | | |
|  |  | | |  | | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | | |  | | | | |
| * 1. **Fasilitas Pelayanan Institusi Tempat Kerja Saat Ini** | | | | | | | | | | | | | |
| No | Fasilitas | | | | Ada | | | | | | Tidak | |
|  | Poliklinik Umum | | | |  | | | | | |  | |
|  | Poliklinik Spesialis (sebutkan) | | | |  | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | |  | |
|  | Poliklinik Sub Spesialis (sebutkan) | | | |  | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | |  | |
| 4. | Sarana Prasarana penunjang yang berkaitan dengan fellowship yang dilamar, contoh : peralatan serta tenaga medis lain dan tenaga kesehatan dengan keahlian khusus (sebutkan) | | | |  | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | |  | |
| 1. **JUMLAH SPESIALIS DAN SUBSPESIALIS DI RS PENGUSUL** | | | | | | | | | | | | | |
| No | Keterangan | | | | Jumlah | | Nama (tanpa gelar) dan Tahun Lahir | | | | | |
|  | Jumlah SpPD existing, termasuk calon peserta | | | |  | |  | | | | | |
| 2. | Jumlah SpPD Fellow terkait (termasuk yang masih menjalani pendidikan) | | | |  | |  | | | | | |
| 3. | Jumlah SpPD Subsp terkait (termasuk yang masih menjalani pendidikan | | | |  | |  | | | | | |
| 4. | Apakah ada SpPD yang sedang menjalani pendidikan Fellowship atau Subspesialis yang tidak terkait dengan fellow yang dilamar?  Jika ada, sebutkan nama dan jenis pendidikannya. | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 1. **PERNYATAAN** |
| Saya , ..............................................................................................., yang bertandatangan di bawah ini, dengan ini menyatakan sebagai berikut :   1. Semua keterangan yang ditulis adalah B E N A R 2. Saya tidak berkeberatan jika Tim Verifikasi melakukan *crosscheck* data yang saya isi dalam form pendaftaran ini. 3. Saya tidak berkeberatan jika Tim Seleksi melaksanakan test-test khusus (akademik, kesehatan, psiko-test, dll) dalam rangka lamaran ini. 4. Jika saya diterima dalam Program Fellowship Dokter Spesialis Penyakit Dalam, maka saya akan mentaati segala ketentuan yang berlaku. 5. Setelah selesai pendidikan saya akan mentaati peraturan sesuai ketentuan yang berlaku. |

..........................., .................................. ...............

Pelamar,

materai

(sesuai ketentuan yang berlaku)

(Nama pelamar dan tanda tangan di atas materai)