



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS LAMPUNG

FAKULTAS KEGURUAN DAN ILMU PENDIDIKAN

Jl. Prof. Dr. Sumantri Brojonegoro No.1 Bandar Lampung Telp (0721) 704624 Fax (0721) 704624

PENGHAPUSAN MATA KULIAH

Nama :
Nomor Pokok Mahasiswa :
Program Studi :
Jurusan :
Tanggal Ujian Skripsi :

Dengan ini mengajukan penghapusan mata kuliah pilihan yang tercantum dalam transkrip akademik:

No.	Komak	Mata Kuliah	SKS	Huruf Mutu	Alasan

Bandar Lampung,

Menyetujui:
Pembimbing Akademik,,

Mahasiswa Yang Mengajukan,

.....
NIP

.....
NPM

Ketua Program Studi,

.....
NIP