

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI

UNIVERSITAS SEBELAS MARET

PASCASARJANA

**PROGRAM DOKTOR LINGUISTIK**

Jl. Ir. Sutami No. 36A (Kentingan), Surakarta, 57126 Telp. (0271) - 632450

[Website:](http://www.uns.ac.id) http://pasca.uns.ac.id

**PERMOHONAN UJIAN KUALIFIKASI**

Kepada,Yth:

Kepala Program Studi S3 Linguistik

Pascasarjana UNS

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama :

Nomor Induk Mahasiswa :

Program Studi : S3 Linguistik

Judul rencana penelitian disertasi :

Mengajukan permohona untuk ujian kualifikasi. Bersama permohonan ini dilampirkan Pra-proposal disertasi. Demikian, atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Surakarta, ..................................... |
|  |  |
|  | Mahasiswa…………………………NIM. ………………….. |
|  |  |
|  |  |