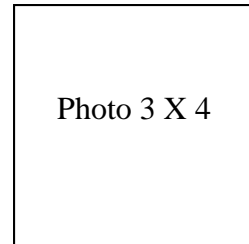


UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
PROGRAM STUDI GIZI

KARTU KONSULTASI SKRIPSI

Nama Mahasiswa :
NIM :
Judul :

Pembimbing :



No	Hari / Tgl	Materi Konsultasi	Tanda Tangan Pembimbing	Tanda Tangan Mahasiswa

No	Hari / Tgl	Materi Konsultasi	Tanda Tangan Pembimbing	Tanda Tangan Mahasiswa

Surakarta,.....
Dosen pembimbing

(.....)*

*Ditandatangani setelah mahasiswa menyelesaikan tugas