|  |  |
| --- | --- |
|  | D:\TUGAS STAF S2 Pend. B.Inggris\FORMS\Picture1.jpgKEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI  UNIVERSITAS LAMPUNG  FAKULTAS KEGURUAN DAN ILMU PENDIDIKAN  PROGRAM STUDI MAGISTER PENDIDIKAN BAHASA INGGRIS  Jl. Prof. Dr. Sumantri Brojonegoro No.1 Bandar Lampung Telp (0721) 704624 Fax (0721) 704624 |

**PERMOHONAN UJIAN KOMPREHENSIF (TESIS)**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : **……………………….**

Nomor Pokok Mahasiswa : …………….

Program Studi : **Magister Pendidikan Bahasa Inggris**

Judul Tesis : …………………………………………………………

…………………………………………………………

Mengajukan permohonan menempuh ujian tesis pada :

Hari, Tanggal : ………………………….

Pukul : ….. s.d. … WIB

Tempat : Ruang Ujian Tesis Pascasarjana Gedung N

Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan Unila

Bandar Lampung, ……………….

Mengetahui

Ketua Program Studi, Pemohon,

Dr. Flora, M.Pd. …………………………….

NIP. 196007131986032001 NPM. ……………….

**PERSETUJUAN DEWAN PENGUJI**

Pembimbing I / Ketua Pembimbing II / Sekretaris

…………………………….. …………………………………

NIP. ……………………… NIP. ……………………………

Anggota Penguji I Anggota Penguji II

……………………… Dr. H. Muhammad Fuad,M.Hum.

NIP. ………………… NIP. 195907221986031003

\*) *Bila berhalangan mohon dapat memberikan rekomendasi kepada*

*Dekan Bidang Akademik dan Kerja Sama, atau Ketua Jurusan,*

*atau Ketua/Sekretaris Program Studi Magister Pendidikan Bahasa Inggris*