AKADEMI FARMASI YARSI PONTIANAK
JL. PANGLIMA AIM NO. 2 PONTIANAK 78232
TELP. 081218275731, FAX. 0561-582206
Email: akfar.yarsi.pontianak@gmail.com

KARTU RENCANA STUDI (KRS)
TAHUN AKADEMIK: ……

Nama Mahasiswa : ……..
NIM : ……..
Angkatan (Tahun*) : ……..
Semester : ……..
Jumlah SKS yang telah lulus : ……SKS

MATA KULIAH YANG DI AMBIL

No	Kode M.K	Mata Kuliah	SKS	Keterangan
Jumlah				

Pontianak,……..

Mengetahui,
Dosen Pembimbing Akademik

Mahasiswa

(……)

(……)

Keterangan :
*) Tahun didaftar pertama kali sebagai Mahasiswa
Tandatangan dosen pembimbing akademik jangan di isi
Silahkan upload kembali file yang sudah di isi dan di tandatangani ke laman bit.ly/KRSAkfarGanjil20