

Alat bantu lain yang disarankan, yaitu :

.....

Pendamping khusus bahasa isyarat

Terapi khusus yang disarankan, yaitu :

.....

Saya menyatakan bahwa yang bersangkutan dengan menggunakan alat bantu dan fasilitas yang saya sarankan akan dapat mengikuti kegiatan belajar mengajar di perguruan tinggi.

Identitas Dokter

Nama beserta gelar :

.....

Nomor Ijin Praktek :

.....

Alamat :

.....

No Telephone :

.....

.....,.....2015

Tanda tangan dan nama terang dokter

.....

...