

KOP INSTANSI

SURAT KETERANGAN PENGALAMAN KERJA¹⁾

Nomor:

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :
NIP :
Jabatan :
Unit Kerja/Instansi :

Dengan ini menerangkan bahwa

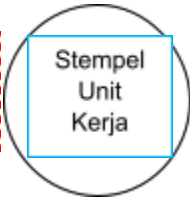
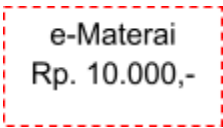
Nama :
Tempat & tanggal lahir :
Pendidikan :
Unit Kerja/Instansi :

telah melaksanakan tugas sebagai (***jabatan yang relevan sesuai formasi yang dipilih***) selama tahun bulan, terhitung mulai tanggal sampai dengan tanggal dan berkinerja baik.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya dan sebenar-benarnya untuk dapat digunakan sebagaimana perlunya.

..... September 2023

Jabatan²⁾



ttd

Nama

- 1. Syarat Wajib
- 2. Bagi jabatan fungsional kesehatan, ditandatangani oleh Kepala Puskesmas/Kepala Rumah Sakit /Pejabat Pimpinan Tinggi Pratama /Pejabat administrator /Direktur /Kepala Divisi yang membidangi sumber daya manusia