

KOP SURAT

SURAT KETERANGAN PIMPINAN FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN

Yang bertandatangan di bawah ini ,
Nama Lengkap :
Jabatan :
Nama Fasilitas Kesehatan :
Alamat Fasilitas Kesehatan :
Telepon :
Nomor Handphone :
E-mail :

Dengan ini menerangkan bahwa :
Nama Lengkap :
Tempat, tanggal lahir :
Alamat Rumah :
Telepon :
Nomor Handphone :
E-mail :
No. STR :
Masa berlaku STR sampai :

Benar bekerja sebagai di Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang saya pimpin.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonan *SIP/SIK di Praktik Faskes/ Mandiri.....

Kutai Kartanegara,
Yang membuat keterangan,

(.....)
Nama Lengkap