

# KOP INSTANSI

**SURAT KETERANGAN PENGALAMAN KERJA BAGI PELAMAR JABATAN FUNGSIONAL KESEHATAN YANG BERUSIA 35 TAHUN KEATAS DENGAN MEMILIKI MASA KERJA PALING SINGKAT 3 TAHUN SECARA TERUS MENERUS SERTA MELAMAR DI FASILITASI KESEHATAN TEMPAT BEKERJA SAAT INI**

Nomor : .....

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :  
NIP :  
Jabatan :  
Unit Kerja/Instansi :  
Alamat Kantor :

Dengan ini menerangkan bahwa

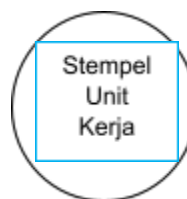
Nama :  
Tempat & tanggal lahir :  
Usia :  
Pendidikan :  
Unit Kerja/Instansi :

telah melaksanakan tugas sebagai ..... selama ..... tahun ..... bulan, **secara terus menerus**, terhitung mulai tanggal .....bulan ..... tahun ..... sampai dengan surat keterangan ini Saya buat.

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

.....2022

Jabatan .....<sup>1)</sup>



ttd

Nama\*

\*) 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