## **KOP INSTANSI**

SURAT KETERANGAN PENGALAMAN KERJA <sup>1)</sup> Nomor:	
Saya yang bertanda tangan dibawah ini :	
Nama : NIP : Jabatan : Unit Kerja/Instansi :	
Dengan ini menerangkan bahwa	
Nama : Tempat & tangal lahir : Pendidikan : Unit Kerja/Instansi :	
telah melaksanakan tugas sebagai bulan, terhitung mulai tanggal samp	
Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya daruntuk dapat digunakan sebagaimana.	າ sebenar-benarnya
	2022
Jabatan	2)
e-Materai Stempel Unit Kerja	d
Na	ma

- Syarat Wajib
   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