

KOP INSTANSI

SURAT KETERANGAN PENGALAMAN KERJA¹⁾

Nomor :

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
NIP :
Jabatan :
Unit Kerja/Instansi :

Dengan ini menerangkan bahwa

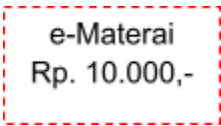
Nama :
Tempat & tanggal lahir :
Pendidikan :
Unit Kerja/Instansi :

telah melaksanakan tugas sebagai 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.

.....2022

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