

KOP INSTITUSI/LEMBAGA

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
NIP :
Pangkat/Gol. :
Unit Kerja/Instansi :
Jabatan :

Menerangkan Bahwa :

Nama :
Unit Kerja/Instansi :
Jabatan : Nutrisisionis
No. SIP :

Telah melakukan Melakukan tindakan intervensi keprofesian tertentu kategori Tingkat sederhana/Teknologi Sederhana dalam bentuk intervensi balita dan ibu hamil bermasalah gizi dengan pemberian PMT Lokal periode s/d Tahun dengan rincian sebagai berikut :

NO	BULAN	JUMLAH TINDAKAN/JUMLAH SASARAN
1	Januari	
2	Februari	
3	Maret	
4	April	
5	Mei	
6	Juni	
7	Juli	
8	Agustus	
9	September	
10	Oktober	
11	November	
12	Desember	

Demikian surat pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

.....

Kepala

.....
NIP.