

KOP INSTITUSI KESEHATAN/ PRAKTIK MANDIRI KEPERAWATAN

SURAT KETERANGAN

NOMOR:

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :
NIP/NIK/NIRA :
Jabatan :

Menerangkan bahwa:

Nama :
NIRA :
Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan
Tempat Tanggal Lahir :
Ruangan/Unit :
Komisariat PPNI :

Bersama ini menerangkan bahwa yang bersangkutan aktif sebagai perawat yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien di fasilitas pelayanan kesehatan, pada tahun 2015 s.d 2020, dengan jumlah pasien pertahun sebagai berikut :

1. Tahun 2015 sebanyak pasien.
2. Tahun 2016 sebanyak pasien.
3. Tahun 2017 sebanyak pasien
4. Tahun 2018 sebanyak pasien
5. Tahun 2019 sebanyak pasien

Demikian surat keterangan ini dibuat, untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Kota, Tanggal/ bulan/ tahun

Direktur RS/ Kepala Puskesmas/ Kepala Klinik/ Kepala Praktik Mandiri Keperawatan*

(.....)

NIP/NIK/NIRA:

Keterangan: *) pilih salah satu