

KOP SURAT

SURAT KETERANGAN PIMPINAN SARANA TEMPAT PRAKTIK

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap :
Jabatan :
Nama Sarana kesehatan :
Alamat sarana kesehatan :
Telefon :

Dengan ini memberikan persetujuan kepada:

Nama Lengkap :
Tempat,tanggal lahir :
Alamat rumah :
Telepon :
No,STR :
Masa berlaku STR :

Untuk bekerja sebagai **Dokter Spesialis** pada :

Nama sarana kesehatan :
Alamat :

Demikian Surat Persetujuan ini di buat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan
Persyaratan permohonan SIP Dokter.

Batam, 20...

Yang membuat keterangan,

(.....)