SURAT KETERANGAN TEMPAT PRAKTIK

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Lengkap : ……………………………………………………………….

Profesi : ……………………………………………………………….

Tempat, Tanggal Lahir : ……………………………………………………………….

NIK : ……………………………………………………………….

Nomor STR : ……………………………………………………………….

Masa Berlaku STR : (tanggal, bulan, tahun / Seumur Hidup)

Alamat Rumah : ……………………………………………………………….

Nomor Handphone : ……………………………………………………………….

Lulusan dari, Tahun : ……………………………………………………………….

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa data saya sebagaimana diatas adalah benar, dan benar berpraktik di…….……………. yang beralamat di ………………….

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagai persyaratan administrasi perizinan Surat Izin Praktik (SIP) ke 1/2/3\*

Mengetahui,

Kepala Dinas Kesehatan KBB

(ttd & cap)

(Nama)Bandung Barat, (tanggal/bulan/tahun)

(ttd diatas materai 10.000)

(Nama Lengkap)

Keterangan :

\* = pilih salah satu