

**SURAT KETERANGAN TEMPAT PRAKTIK**  
NOMOR:

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : .....

Jabatan : .....

Dengan ini menerangkan bahwa

Nama Lengkap : .....

Alamat : .....

Tempat, tanggal lahir : .....

Jenis kelamin : .....

Tahun Lulusan : .....

Nomor STR : .....

Merupakan dr/drg/dr. Spesialis/drg. spesialis \*) yang bekerja pada

Fasilitas Pelayanan Kesehatan..... yang Saya pimpin.

Demikian surat keterangan ini dibuat, agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

.....20....

Pimpinan / Kepala

*Cap&TTd*

.....

\*) Coret yang tidak perlu