

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