DATA KETENAGAAN KLINIK RADIOLOGI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : .....

Pemilik : Klinik Radiologi .....

Alamat : .....

Dengan ini menyatakan bahwa Klinik Radiologi telah memiliki tenaga sebagai berikut :

No	Nama	Jenis Tenaga	No SIP / SIK	Berlaku Hingga
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				

.....,.....

Pemohon ,

.....