**(KOP SURAT FASYANKES)**

**SURAT KETERANGAN TEMPAT PRAKTIK PADA FASYANKES**

Nomor: ………………………………………

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, yang bertanda tangan di bawah ini sebagai Penanggungjawab fasyankes:

Nama :

Jabatan :

Nama Fasyankes :

Alamat Fasyankes :

Menerangkan bahwa:

Nama :

NIK :

Alamat KTP :

Nomor STR :

STR berlaku hingga :

Profesi :

Jabatan :

Nomor Ponsel :

Tempat Praktik :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | NAMA SARANA | ALAMAT | STATUS SIP | KETERANGAN |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

Bahwa benar yang bersangkutan memiliki tempat praktik di sarana fasyankes yang saya pimpin terhitung sejak tanggal …….……..………………………….…. sampai dengan …………………..….…………………

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku dan kepada yang berkepentingan untuk menjadi maklum.

 Malang, ……………………………

|  |  |
| --- | --- |
|  | Penanggungjawab,………………………………………………..( ………………………………..) |