KOP INSTANSI

**SURAT KETERANGAN PENGALAMAN KERJA1)**

Nomor : ………………………………..

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama :

NIP :

Jabatan :

Unit Kerja/Instansi :

Dengan ini menerangkan bahwa

Nama :

Tempat & tanggal lahir :

Pendidikan :

Unit Kerja/Instansi :

Telah melaksanakan tugas sebagai ………………………………… selama …… tahun …….. bulan, terhitung mulai tanggal …………………..sampai dengan tanggal .......………………….. dan berkinerja baik.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya dan sebenar-benarnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

| e-MateraiRp. 10.000,- | ……………………,……. ……..……….2022Jabatan ……………..2)StempelUnit KerjattdNama |
| --- | --- |

1. Syarat Wajib
2. Bagi jabatan fungsional kesehatan, ditandatangani oleh Kepala Puskesmas / Kepala Rumah Sakit / Pejabat Pimpinan Tinggi Pratama / Pejabat administrator /Direktur /Kepala Divisi yang membidangi sumber daya manusia