

LEMBAR PERSETUJUAN PENELITIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Penanggung Jawab Program : Nur Hayati

Instansi/Puskesmas : Puskesmas Krian

Setelah mengkaji dan mendiskusikan pemaparan materi proposal oleh pemohon, dengan ini menyatakan bahwa (*) ~~setuju~~/tidaksetuju dalam kegiatan Penelitian oleh pemohon dan hasil Penelitian yang dilakukan oleh pemohon dapat memberikan manfaat dalam peningkatan mutu program yang telah dijalankan oleh instansi / puskesmas krian.

Demikian lembar persetujuan kegiatan magang untuk ditindaklanjuti sebagai lampiran persyaratan dalam pembuatan surat permohonan ijin Penelitian oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo.

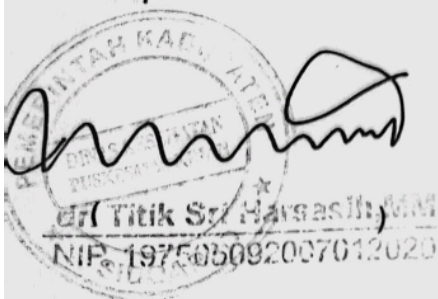
NB: (*) Coret salah satu

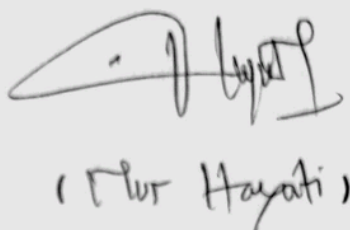
Sidoarjo, 19 Oktober 2023

Menyetujui,

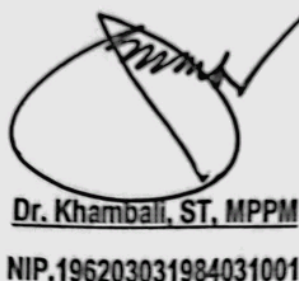
Kepala Instansi/Puskesmas

Penanggungjawab Program


Dr. Titik Sri Haryasanti, MM
NIP. 197505092007012020


(Nur Hayati)

Tim Pembimbing Mahasiswa


Dr. Khambali, ST, MPPM
NIP. 196203031984031001