

## LEMBAR PERSETUJUAN PENELITIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Penanggung Jawab Program : dr SINGGIH ADI SAPUTRA

Instansi/Puskesmas : Puskesmas Candi, Sidoarjo, Jawa Timur

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

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

NB: (\*) Coret salah satu

Sidoarjo,


2024

Menyetujui,

Kepala Instansi Puskesmas



Penanggungjawab Program

  
( dr. SINGGIH )

Tim Pengabdian Masyarakat



(Sari Luthfiah, SKp., MKes.)