

LEMBAR PERSETUJUAN PENELITIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Penanggung Jawab Program : Nur Kholifah, S.Sos.

Puskesmas : Puskesmas Barengkrajan

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 Puskesmas Barengkrajan.

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, 27 Oktober 2023

Menyetujui,

a.n. Kepala Puskesmas Barengkrajan

Penanggungjawab Program

Kasubbag Tata Usaha



(Nur Kholifah, S.Sos.)

NIP. 197112071991032003

(Nur Kholifah, S.Sos.)

NIP. 197112071991032003

Dosen Pembimbing

(Dr. Ratna Ekasari S.M., M.M., CRA., CRP)

NIDN. 0710118304