

LEMBAR PERSETUJUAN PENELITIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Penanggung Jawab Program : Wahyuning Eka Agustina, A.Md. Gz

Instansi/Puskesmas : Puskesmas Barengkrajan Krian

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

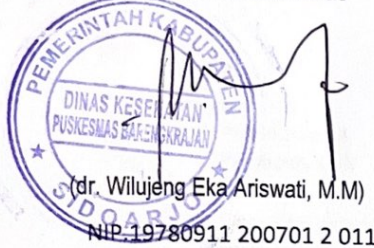
Demikian lembar persetujuan kegiatan magang untuk ditindaklanjuti sebagai lampiran persyaratan dalam pembuatan surat permohonan ijin Penelitian oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo.

NB: (*) Coret salah satu

Sidoarjo, 26 februari 2023

Menyetujui,

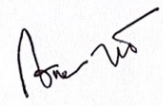
Kepala Instansi/Puskesmas


(dr. Wilujeng Eka Ariswati, M.M)
NIP. 19780911 200701 2 011

Penanggungjawab Program


(Wahyuning Eka Agustina, A.Md. Gz)

Tim Pembimbing Mahasiswa


(dr. Rewina Intan Asmarani, Sp.A)
NIP. 012.1.1987.20.258