|  |  |
| --- | --- |
| logo | **PEMERINTAH KABUPATEN TABALONG** DINAS KESEHATAN Jl. Penghulu Rasyid No.93,Tanjung, Kabupaten Tabalong – Kalimantan Selatan 71513 Telp. (0526) 2021026 / Fax. (0526) 2021026 |

**NOTA DINAS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kepada | : | Yth. ${kepada} Kabupaten Tabalong |
| Dari | : | ${dari} |
| Tanggal | : | ${tanggal} |
| Nomor | : | ${jenis\_surat} ${nomor} ${format\_nomor} |
| Lampiran | : | ${lampiran} |
| **Hal** | : | **${perihal}** |

|  |  |
| --- | --- |
| ${no}. | ${dasar\_surat}, tentang ${tentang} |

Dasar :

${isi}

Untuk itu kami mohon kiranya dapat diberikan izin Kepada :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nama  NIP  Pangkat/gol  Jabatan | : **${nama\_pegawai}**  : ${nip}  : ${golongan\_nama} (${golongan\_kode})  : ${jabatan} |

Untuk melakukan Perjalanan Dinas ke ${tujuan}, Kegiatan tersebut direncanakan selama ${jumlah\_hari} (${jumlah\_huruf}) hari dari tanggal ${tanggal\_dari} s/d ${tanggal\_sampai}.Biaya perjalanan dinas ini dibebankan pada ${anggaran}**.**

Demikian disampaikan, mohon persetujuan dan terima kasih.

${jabatan\_dari}

**${nama\_pegawai\_dari}**

${golongan\_dari}

NIP. ${nip\_dari}

Disposisi:

${disposisi1}

${disposisi2}