Dinas Kesehatan Kota Tangerang

Laboratorium Kesehatan Daerah

**Hasil Pemeriksaan Makanan dan Minuman**

Nomor Pendaftaran:

Nama:

Alamat:

Tanggal Diterima: 14 Juni 2024

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Parameter** | **Hasil** | **Kadar Maksimum** | **Metode** |

Catatan:

Mengetahui,

NIP.