

## REKOMENDASI

Nomor : 63010305

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : dr. Hj. Isna Farida, M.Kes  
NIP : 197406122005012016  
Pangkat/Gol.Ruang : Pembina Tk. I/ IV.b  
Jabatan : Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Tanah Laut

Dengan ini memberikan Rekomendasi kepada :

Nama : Ibnu Fajar  
Tempat Tanggal Lahir : Pelaihari 5 Nopember 2023  
No. STR : 1212  
No. Rekomendasi OP : 1212  
Tempat Praktik : 121  
Jabatan : 1212

Selama bertugas dalam wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Tanah Laut yang bersangkutan menunjukkan prestasi kerja **BAIK** dan telah melengkapi persyaratan dengan **lengkap** dan **benar** sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku. Dengan ini kami menyetujui untuk diproses lebih lanjut untuk diberikan (**Surat Izin Praktik Perawat**) pada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu (DPMPTSP) Kabupaten Tanah Laut (kelengkapan berkas terlampir).

Demikian Rekomendasi ini diberikan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Dibuat di : Pelaihari  
Pada Tanggal : 5 Nopember 2023

Kepala Dinas Kesehatan  
Kabupaten Tanah Laut,



**dr. Hj. Isna Farida, M.Kes**

**Pembina Tk. I/ IV.b**

197406122005012016