Nomor :...........................

Kepada yth

Kepala dinas bipt

Kabupaten banyuasin

Di

Tempat

Lampiran :..............................

Perihal :..............................

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama: : ...................................................

Nip : ...................................................

Pangkat / Golongan : .........................................

Dengan ini kami merekomendasikan atau menyetujui :

Nama : ...........................................

Tempat Tanggal Lahir : ....................................

Pendidikan : ......................................

Alamat : ......................

Untuk Mendapatkan Surat Izin Praktek Bidan (SIPB) Dan Yang Bersangkutan Saat Ini Bekerja Di Klinik Balai Mandira Kelurahan Tanah Mas Kecamatan Talang Kelapa Kab Banyuasin

Demikian surat rekomendasi ini dibuat dengan sebenarnya untuk dapat dipergunakan seperlunya

Pangkalan Balai, .......,................,2024

kepala UPTD Puskesmas Pangkalan Balai

kec banyuasin iii kab Banyuasin

dr. nilawati

nip:.......