

PEMERINTAH PROVINSI JAWA BARAT

RAHASIA

DINAS KESEHATAN
RUMAH SAKIT JIWA
SATUAN PELAYANAN KESEHATAN JIWA KOMUNITAS KLINIK UTAMA GRHA ATMA
Jalan. L.L.R.E. Martadinata No. 11 Telepon (022) 844 69 476
Fax. (022) 844 69 477 email : klinikgrhaatma@gmail.com
KOTA BANDUNG - 40115

SURAT PERNYATAAN

Yang bertandatangan	dibawah ini :
Nama	:
Alamat	:
Jenis kelamin	;
melaksanakan tes MM Apabila saya meeelan	an untuk mengikuti seluruh prosedur tes MMPI-2 dan berjanji akan IPI-2 ini dengan sebaik-baiknya sesuai dengan instruksi dalam tes MMPI-2. ggar peeersetujuan dan perjanjian ini, dan memberikan hasil tes MMPI-2 daan ini menjadi tanggungjawab saya pribadi dan tidak akan menggugat
	ini saya buat dengan penuh kesadaran dan rasa tanggungjawab, serta
dipergunakan sebagaii	nana mestinya.
	Bandung, 20
	Yang menyatakan,
	()