FORMAT SYARAT M

**SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda-tangan di bawah ini :

Nama :

NIP :

Pangkat/Gol. :

Jabatan :

Status Kepegawaian :

Satuan Kerja :

Degnan ini menyatkaan bahwa setelah selesai mengikuti Pendidikan Dokter Subspesialis dengan peminatan …………. Pada Fakultas Kedokteran Universitas …… . Saya bersedia kembali menjalankan pelayanan di RS …….

………, …. ……… 20

Mengetahui, Yang membuat pernyataan,

Direktur RS/Dekan

Materai

(………………….) (………………….)