FORMAT SYARAT L

**SURAT REFERENSI**

Yang bertanda-tangan di bawah ini :

Nama :

Jabatan :

bersedia dihubungi sebagai referensi dari dr. ......, SpPD sebagai salah satu syarat dalam pendaftaran Pendidikan Dokter Subspesialis Penyakit Dalam Peminatan .....

…….., ………

(………………….)