***KOP SURAT INSTANSI***

**SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan di bawah Ini

Nama :

NIP / NRP / NIK :

Tempat, Tanggal Lahir :

Alamat :

Jabatan :

Instansi :

Pelatihan yang diikuti : **Pelatihan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) bagi**

**Tenaga Kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama**

**(FKTP)**

Dengan ini saya menyatakan sanggup menjadi Peserta yang diselenggarakan oleh Balai Besar Pelatihan Kesehatan Ciloto secara penuh dan mematuhi segala aturan yang diberikan. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya

Tanggal, Bulan, Tahun

Mengetahui,   
  
Yang membuat pernyataan Atasan,

Nama Peserta Nama Atasan

NIP NIP