***KOP SURAT INSTANSI***

**SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan di bawah Ini

Nama :

NIP / NRP / NIK :

Tempat, Tanggal Lahir :

Alamat :

Unit Kerja / Instansi :

Jabatan :

Dengan ini saya menyatakan sanggup menjadi Peserta Pelatihan…………………………….. ***HINGGA TUNTAS*** 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 Nama

NIP. NIP.