SURAT PERSETUJUAN PIMPINAN

Formulir 6

Yang bertandatangan di bawah ini ,

Nama Lengkap :

Jabatan :

Nama Instansi/Fasilitas :

Alamat Instansi/Fasilitas :

Telepon :

Dengan ini memberikan persetujuan kepada :

Nama Lengkap :

Tempat, tanggal lahir :

Alamat Rumah :

Telepon : -

Nomor Handphone : 085643416332

E-mail : fithrul.mubarok23@gmail.com

No. STRA :

Masa berlaku STRA sampai :

untuk bekerja sebagai Apoteker pada :

Nama Fasilitas Kefarmasian :

Alamat :

Demikian Surat Persetujuan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonan SIPA.

Jombang, 29 September 2017