

KOP INSTITUSI

Lampiran 5. Format Surat Keterangan sebagai Dosen Tetap PT Kesehatan Masyarakat

Surat Keterangan

No.....

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : _____
NIP : _____
Pangkat, Gol : _____
Jabatan : _____
Institusi : _____

Menerangkan bahwa:

Nama : _____
NIP : _____
Pangkat, Gol : _____
Jabatan : _____
Institusi : _____

Adalah dosen tetap di __ (Prodi) __ (fakultas) __ (Universitas) _____

Demikian keterangan ini dibuat untuk diketahui dan dipergunakan sebagaimana mestinya

....., ...-- 20..

(Jabatan, Institusi)

(.....)