***KOP SURAT INSTANSI***

**SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan di bawah Ini

Nama :

NIP / NRP / NIK :

Tempat, Tanggal Lahir :

Alamat :

Unit Kerja / Instansi :

Dengan ini saya menyatakan bersedia menjadi Tim Pelatih pada Pelatihan Pemeriksaan Tuberkulosis Menggunakan Alat Tes Cepat Molekuler (TCM) bagi Tenaga Laboratorium di Fasilitas Kesehatan dan sanggup menjadi Peserta Pelatihan TOT Pelatihan Pemeriksaan Tuberkulosis Menggunakan Alat Tes Cepat Molekuler (TCM) bagi Tenaga Laboratorium di Fasilitas Kesehatan ***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.