**KOP INSTANSI**

SURAT TUGAS

Nomor :

Kami yang bertanda tangan di bawah ini menugaskan kepada :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | **NAMA** | **NIP** | **PANGKAT/GOL** | **JABATAN** |
| 1 |  |  |  |  |

Maksud dan Tujuan : **Mengikuti Pelatihan Surveilans Penyakit yang Dapat Dicegah**

**Dengan Imunisasi (PD3i) Bagi Petugas Surveilans di Kabupaten/**

**Kota dan Provinsi**

Tanggal : ……… s.d. ………. 2024 (Daring)

……… s.d. ………. 2024 (Luring)

Tempat : *Instansi masing-masing Peserta* (Pembelajaran Daring)

Balai Pelatihan Kesehatan Batam (Pembelajaran Luring)

Demikian surat tugas ini dibuat, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

.....................................

Kepala

(TTD DAN CAP INSTANSI)

.....................................................

NIP.