**SURAT KETERANGAN**

**TELAH MENGIKUTI KEGIATAN RESES/BAKTI SOSIAL/PENYULUHAN/PENGOBATAN MASAL\* 1)**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :(Direktur/Pimpinan Institusi atau Instansi Penyelenggara)…..………..

Jabatan :(Direktur/Pimpinan Institusi atau Instansi Penyelenggara)……...….…

Alamat : Alamat Institusi atau Instansi Penyelenggara)…................................

Menerangkan bahwa :

Nama : …...…………….……………….…………………………………………..

Alamat : ………………………….………………………………………………...…

No. SIP : ………………………………………………………………………………

telah mengikuti kegiatan RESES/BAKTI SOSIAL/PENYULUHAN\*, yang diselenggarakan pada:

Tempat : ………………………………………………………………………………

Waktu : ………………………………………….…………...………………………

Surat keterangan ini dibuat sebagai dokumen pendukung pemenuhan kecukupan SKP dalam rangka perpanjangan Surat Izin Praktik bagi tenaga medis/tenaga kesehatan …Dokter ……\* (\**agar disesuaikan dengan Profesi masing-masing Tenaga Medis/Tenaga Kesehatan sesuai dengan UU No.17 Tahun 202*3).

Atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Kota, tgl-bln-tahun

**Mengetahui, Yang membuat keterangan**

**Direktur/Pimpinan Fasyankes/**

**Instansi Penyelenggara**

Ttd PJ/Pimpinan dan stempel faskes/

**Nama Direktur/Pimpinan Fasyankes** **Nama**

Ket :

1. Agar disesuaikan dengan jenis kegiatan pengabdian yang diikuti
2. Untuk Kegiatan Pengabdian yang terdapat tindakan intervensi/operatif diwajibkan untuk berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan/instansi layanan kesehatan milik pemerintah setempat (RS/Puskesmas)