



**PEMERINTAH KABUPATEN WONOSOBO
DINAS KESEHATAN**

Alamat : Jln T. Jogonegoro No. 2-4 Telp./Faks.: (0286) 321033/ 321319
Email: djnsakesehatanwonosobo@yahoo.co.id
Wonosobo-56311

SURAT PERNYATAAN PENYEHAAT TRADISIONAL

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. Tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional Empiris, dengan ini saya bertanda tangan dibawah ini menyatakan sebagai berikut :

1. Nama :
2. Jenis kelamin :
3. Tempat/tanggal lahir :
4. Agama :
5. Kewarganegaraan :
6. Pekerjaan :
7. Pendidikan Formal :
8. Nomor telepon :
9. Alamat Rumah : Jln. No.
RT/RW
Kelurahan/Desa
Kecamatan
Kabupaten/Kota
10. Alamat Praktik : Jln. No.
RT/RW
Kelurahan/Desa
Kecamatan
Kabupaten/Kota
11. Pengalaman Praktik :
12. Cara Perawatan : Keterampilan/Ramuan/Kombinasi (*pilih salah satu*)
13. Dalam cara perawatan pelayanan kesehatan tradisional empiris, saya:
 - a.Menggunakan metode/cara : (*sebutkan*)
 - b.Menggunakan ramuan : (*sebutkan semua ramuan yang digunakan*)
 - c.Menggunakan alat dan teknologi : (*sebutkan semua alat dan teknologi yang digunakan*)

Dengan ini menyatakan dengan sebenarnya bahwa dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan tradisional empiris akan mematuhi ketentuan peraturan perundang-undangan.

Demikian Surat Pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya dalam keadaan sehat akal maupun pikiran disertai kesanggupan untuk memelihara keindahan, kebersihan dan ketentraman lingkungan.

PasFoto
Berwarna
4x6

, 2019
TTD Diatas Materai
()

