

**FORMAT**

**KOP SURAT INSTANSI**

**SURAT KETERANGAN PENGALAMAN KERJA DIBIDANG PEKERJAAN YANG RELEVAN SECARA TERUS MENERUS DENGAN BATAS MINIMAL LAMA PENGALAMAN KERJA SESUAI DENGAN KETENTUAN JABATAN FUNGSIONAL YANG DILAMAR BAGI TENAGA KESEHATAN/TEKNIS DAN DOSEN\*) *hapus yang tidak perlu***

**Nomor:.....**

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : .....  
NIP : .....  
Jabatan : .....  
Unit Kerja/Instansi : .....

Dengan ini menerangkan bahwa:

Nama : .....  
Tempat dan Tanggal lahir : .....  
Pendidikan : .....  
Unit Kerja/Instansi : .....  
Jabatan yang dilamar : .....

Telah melaksanakan tugas sebagai.....selama.....tahun.....bulan secara terus menerus, terhitung mulai tanggal.....bulan.....tahun.....sampai dengan surat keterangan ini saya buat.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya dan sebenar-benarnya untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

.....,.....2023

Jabatan .....\*)

Stempel unit kerja  
dan tanda tangan

(Nama Lengkap)

\*) ditandatangani oleh Kepala Puskesmas/Kepala Rumah Sakit/Pejabat Pimpinan Tinggi Pratama/Pejabat Administrator/Direktur/Kepala Divisi yang menangani SDM