**SURAT IJIN ORANGTUA/WALI/SUAMI/ISTRI**

Pada hari ini *............* tanggal *..........* bulan.......................tahun ...................

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama | : |  |
| TTL | : |  |
| Alamat | : |  |

Dengan ini menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa saya memberikan ijin kepada:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama | : |  |
| TTL | : |  |
| Alamat | : |  |

untuk mengikuti program peningkatan kapasitas tenaga professional kesehatan Indonesia ke Belanda sesuai ketentuan yang berlaku .

Demikian surat pernyataan ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

*..........................., ............................*2020

|  |  |
| --- | --- |
| Calon Peserta  Tanda tangan  Nama Jelas | Orangtua/Wali/Suami/Istri  (bermaterai Rp.6000.-)  Tanda tangan  Nama Jelas |