

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**

**“PAMENANG”**

Jl. SOEKARNO HATTA No.15 BENDO, PARE – KEDIRI

Telp/Fax. (0354) 393102, 399840

*Email:* *stikespamenang@gmail.com*

*IJIN : SK Kemenristekdikti No. 334/KPT/I/2019*

|  |
| --- |
|  |

**SURAT PENGANTAR**

Yang bertanda tangan dibawah ini, Saya :

Nama : …………………………………………………………………

Alamat : …………………………………………………………………

Jabatan/Instansi : …………………………………………………………………

Telepon / HP : …………………………………………………………………

Dengan ini mengirimkan calon mahasiswa STIKES Pamenang:

Nama : …………………………………………………………………

Alamat : …………………………………………………………………

Sekolah : …………………………………………………………………

Demikian data ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya

…….,…………………..

 Yang menyatakan

 ( ………………………… ..)