

## **CHECK LIST BIDAN 1 ( SATU )**

Nama Dokter : **SITI PUSPITASARI, Amd.Keb**

Tempat Praktek :Puskesmas Pecalungan

No	KELENGKAPAN PERSYARATAN	ADA/TIDAK
1	Permohonan	V
2	Fotocopy KTP	V
3	Rekomendasi Organisasi IBI Cab. Batang	V
4	Rekomendasi Dinkes Kab. Batang	V
5	Foto 4 x 6 Warna (2 lembar)	V
6	STR	V