**KERTAS KOP INSTANSI ASAL**

**SURAT KETERANGAN PEMBERIAN IZIN**

No. ……………………………………..

Yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a :

(lengkap dengan gelar)

N I P :

(jika PNS)

J a b a t a n :

Instansi :

Menyatakan tidak keberatan dan memberikan izin kepada:

N a m a :

(lengkap dengan gelar)

N I P :

(jika PNS)

P e k e r j a a n :

untuk melanjutkan pendidikan pada Program **Magister Keperawatan** di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Bali.

Demikian Surat Keterangan Pemberian Ijin ini diberikan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

 ……………,……………… 2019

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (nama, tanda tangan & stempel atasan yang berwenang)