



PEMERINTAH KABUPATEN TEGAL DINAS KESEHATAN

Alamat : Jl. Dr. Sutomo No. 1C Slawi Telp. (0283) 491644

FORMULIR PERMOHONAN INFORMASI

Kode permohonan :.....

Sampaikan permohonan informasi anda dengan mengisi formulir berikut secara lengkap dan benar agar dapat segera diproses

1. Kategori Permohonan* (Silakan beri tanda centang v)

Perorangan

Lembaga/Organisasi

Mahasiswa/Pelajar

2. Nama :

3. Alamat :

4. Pekerjaan :

5. No Handphone :

6. Email :

7. Rincian yang dibutuhkan :

8. Tujuan Pengajuan Informasi :

9. Cara Memperoleh Informasi :

Melihat/Membaca/Mendengarkan/Mencatat

Mendapatkan Salinan Informasi (Hard Copy/Soft Copy)

10. Cara Mendapatkan Informasi :

Mengambil Langsung

Kurir

Pos

Fax

Email

11. (Lampirkan Identitas pemohon)

Slawi,.....2023
Pemohon

Nama Jelas & Tanda Tangan

