

[KOP SURAT RS PENGIRIM]

[Kota], [Tanggal]

Nomor: [Nomor Surat]

Perihal: Permohonan Mengikuti Program Fellowship Patologi Klinik

Lampiran: [Jumlah lampiran, misal: 1 (satu) berkas: Biodata/CV (riwayat pendidikan, pekerjaan, karya ilmiah), FC Ijazah, FC STR, FC Serkom]

Yth. Direktur RSUD Dr. Saiful Anwar Malang

Jl. Jaksa Agung Suprpto No. 2

Malang, Jawa Timur

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

- **Nama:** [Nama Anda]
- **NIP:** [Nomor Induk Pegawai Anda]
- **Pangkat/Golongan:** [Pangkat/Golongan Anda]
- **Jabatan:** [Jabatan Anda, misal: Dokter Spesialis Patologi Klinik]
- **Unit Kerja:** [Nama Instansi Anda, misal: RSUD [Nama Kota]]
- **Alamat Instansi:** [Alamat Lengkap Instansi Anda]
- **Domisili:** [Alamat Tinggal Anda]

Melalui surat ini, saya bermaksud mengajukan permohonan untuk dapat mengikuti program **Fellowship Patologi Klinik** yang diselenggarakan oleh RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.

Saya berharap dapat meningkatkan kompetensi dan wawasan dalam bidang Patologi Klinik melalui program ini, sehingga dapat memberikan kontribusi yang lebih baik bagi instansi dan pelayanan kesehatan.

Sebagai bahan pertimbangan, bersama surat ini saya lampirkan dokumen-dokumen yang diperlukan.

Demikian surat permohonan ini saya sampaikan. Atas perhatian dan persetujuan Bapak/Ibu, saya mengucapkan terima kasih.

Hormat kami,

[Tanda Tangan Anda]

[Nama Lengkap Anda]

NIP. [NIP Anda]

Mengetahui dan menyetujui,

Direktur RS [Nama RS Pengirim]

[Tanda Tangan Direktur]

[Nama Lengkap Direktur]

[Jabatan, misal: Direktur Utama]

NIP. [NIP Direktur]