**LEMBAR KONFIRMASI PESERTA\***

(Harap perhatikan penulisan **EJAAN NAMA, GELAR, dan JABATAN**. Agar lebih jelas diharapkan lembar konfirmasi ini diketik ulang menggunakan komputer untuk pengisian data peserta)

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : Tempat, tanggal lahir : Jabatan : Instansi/Institusi : Alamat : Plat nomor kendaraan :

Nomor telepon kantor : No. Fax : No. HP :

Email :

Menyatakan bersedia mengikuti **WORKSHOP MONITORING DAN EVALUASI KINERJA KUALITAS PELAYANAN RUMAH SAKIT**, yang diselenggarakan oleh Pusat Kajian Administrasi Kebijakan dan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia sesuai dengan agenda kegiatan.

 ,

( )

\*) Mohon lembar konfirmasi peserta dikirim melalui fax ke 021 7867370 atau email ke champsui08@yahoo.co.id cc dini.hardy@gmail.com

\*) Harap mengirimkan *Soft copy* Pas Poto ke champsui08@yahoo.co.id cc dini.hardy@gmail.com