



**PEMERINTAH KABUPATEN PEMALANG  
DINAS KESEHATAN  
RSUD dr. M. ASHARI KABUPATEN PEMALANG**

**FORM PERMINTAAN DOKUMEN**

NAMA	:	
ALAMAT	:	
PEKERJAAN	:	
NO. HP	:	
EMAIL	:	

RINCIAN YANG DIBUTUHKAN :

--

TUJUAN PENGGUNAAN INFORMASI :

--

CARA MEMEPEROLEH INFORMASI :

--

CARA MENDAPATKAN INFORMASI :

--