



**PEMERINTAH KABUPATEN MALANG  
DINAS KESEHATAN**



Jalan Panji No. 120 Kepanjen ☎ (0341) 391621 Fax. (0341) 393731  
E-mail : [dinkes@malangkab.go.id](mailto:dinkes@malangkab.go.id) – Website : <http://dinkes.malangkab.go.id>  
**KEPANJEN 65163**

Kepanjen, 14 September 2023  
Kepada  
Yth. Sdr. Ketua STIKES  
Kabupaten Malang  
di –  
**MALANG**

Nomor : 400.7.15.41 6086 /35.07.302/2023  
Sifat : Penting  
Lampiran : 2 (dua) lembar  
Perihal : Permohonan Narasumber

Sehubungan dengan akan diadakannya kegiatan “Pertemuan Evaluasi Pelayanan Kesehatan Anak Usia Sekolah”, mohon Saudara berkenan menugaskan **Ni Luh Diah Ayu Sita Dewi, S.Kep, Ns, M.Kep** untuk menjadi narasumber yang dilaksanakan pada:

Hari : Kamis  
Tanggal : 21 September 2023  
Pukul : 08.00 WIB s/d selesai  
Tempat : Grand Miami Hotel  
Jl. Jatirejoyoso No.1, Dawuhan Kecamatan Kepanjen, Kabupaten Malang  
Catatan : Narasumber harap membawa Surat Tugas (contoh terlampir), Fotokopi NPWP dan Fotokopi Buku Rekening

Demikian untuk menjadi perhatian dan pelaksanaannya disampaikan terima kasih.

**KEPALA DINAS KESEHATAN**



**drg. WIYANTO WIJOYO, M.M.Kes**  
Pembina Utama Muda  
NIP. 19680603 199403 1 009

Lampiran I Permohonan Narasumber Pertemuan  
Pelayanan Kesehatan Remaja  
Nomor : 400.7.15.4/ 6086 /35.07.302/2023  
Tanggal: 14 September 2023

**JADWAL KEGIATAN**  
**PERTEMUAN KOORDINASI PELAYANAN KESEHATAN REMAJA**  
**DINAS KESEHATAN KABUPATEN MALANG**  
**TAHUN 2023**

WAKTU	KEGIATAN	KETERANGAN
08.00 – 08.30 WIB	Registrasi	Panitia
08.30 – 09.00 WIB	Pembukaan	Dinas Kesehatan Kabupaten Malang
09.00 – 12.00 WIB	Masalah Reproduksi dan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Pada Remaja	STIKES Kepanjen
12.00 – 12.30 WIB	Evaluasi Pelayanan Kesehatan Remaja	Dinas Kesehatan Kabupaten Malang
12.30 – 13.00 WIB	ISHOMA	
13.00 – 16.00 WIB	Sosialisasi dan Pemanfaatan Modul Aksi Bergizi	Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur
16.00 WIB - selesai	Penutupan	Panitia

**KOP INSTANSI**

**SURAT PENUGASAN**

Nomor : 000.1.2.3/ /35.07.302/2023

Dasar : Surat dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Malang Nomor:  
440.7.15.4/ /35.07.302/2023 Tanggal: September 2023 Perihal:  
Permohonan Narasumber

**MEMERINTAHKAN**

Kepada : Nama :  
NIP :  
Pangkat/Gol :  
Jabatan :

Untuk : Menjadi Narasumber Pertemuan Evaluasi Pelayanan Kesehatan  
Remaja  
Hari : Kamis  
Tanggal : 21 September 2023  
Tempat : Grand Miami Hotel  
Jl. Jatiroyoso No.1, Dawuhan Kecamatan Kepanjen, Kabupaten  
Malang

Demikian surat perintah tugas ini diberikan untuk dilaksanakan dengan sebaik-baiknya.

Dikeluarkan di : .....  
Pada Tanggal : September 2023

**KEPALA INSTANSI.....**

.....  
**NIP. ....**