



FORMULIR PROSES / PENELAAHAN PENGADUAN

Nomor Pengaduan	
Tanggal Pengaduan / Waktu	, Pukul
Unit Kerja Tujuan	
Cara Penyampaian	
DATA PEMBERI ADUAN	
Nama Pelapor	
Jenis Kelamin	
Alamat	
No Telepon / Hp	
Email	
Pekerjaan	
JENIS PENGADUAN MASYARAKAT	
Jenis Aduan Masyarakat	<input type="checkbox"/> Bidang Pelayanan Kesehatan <input type="checkbox"/> Bidang Kesehatan Masyarakat <input type="checkbox"/> Bidang Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit <input type="checkbox"/> Bidang Sumber Daya Kesehatan <input type="checkbox"/> Kepegawaian <input type="checkbox"/> lainnya
Tujuan Pengaduan	
Sumber Informasi	
Dokumen Pendukung	<input type="checkbox"/> Ya (dikumpulkan dengan dokumen asli) <input type="checkbox"/> Tidak

Petugas Proses/Penelaahan Pengaduan

Simpang Teritip,
Petugas Penerima Pengaduan

.....

.....

Keterangan :

Pilih salah satu dengan memberi tanda √