**SEKOLAH TINGGI ILMU**

**KESEHATAN INDONESIA MAJU**

**(STIKIM)**

Alamat : Gedung HZ Jl. Harapan NO. 50 Lenteng Agung Jakarta 12610

 Telp. (021) 78894043 - 46 Fax. (021) 78894045, Website: www.stikim.ac.id Email: stikim@stikim.ac.id

No : Jakarta,...

Lampiran : 1 Berkas

Hal : Permohonan/ Izin Penelitian

Kepada Yth.

di

Yang Bertanda-tangan dibawah ini :

Nama : Astrid Novita SKM, MKM.

Jabatan : Wakil Ketua STIKIM

Dengan ini menerangkan bahwa nama yang tercantum dibawah ini :

|  |  |
| --- | --- |
| **NIDN** | **Nama Dosen** |
|  |  |
|  |  |

Sehubungan dengan Tugas Dosen yang tercantum dalam Tri Dharma Perguruan Tinggi, bahwa Dosen **Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju (STIKIM)** diwajibkan untuk melakukan penelitian.

Dengan ini Dosen Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju (STIKIM) memohon izin untuk melakukan Penelitian yang berjudul **“…..”**. (Proposal terlampir).

Atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Sekolah Tinggi Imu Kesehatan Indonesia Maju (STIKIM)

Wakil . Ketua,

 

 Astrid Novita SKM, MKM.