KOP RUMAH SAKIT

……………., ……. 20…

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nomor | : |  |  | Kepada | | |
| Sifat | : |  |  | Yth. | Direktur PPA-DHP | |
| Lampiran | : |  |  |  | di tempat. | |
| Perihal | : |  |  |  | |  |

Dalam rangka mempersiapkan akreditasi rumah sakit dengan baik maka dengan ini kami mengajukan bimbingan / pendampingan akreditasi sebagai berikut :

Nama RS :………………..

Kode RS : ………………..

Kelas RS :………………..

Jumlah TT : ………………..

Jenis RS : Umum / Khusus \*

Pendidikan / Non Pendidikan \*

Alamat : ………………..

………………..

Alamat Email : ………………..

No Telp (fax) : ………………..

Nama Kontak Person : ………………..

No Hp Kontak Person : 08……………..

Waktu Permintaan Bimbingan : ………………..

Paket bimbingan yang dipilih (beri tanda √ pada paket yang dipilih)

| **PAKET** | | **Pelaksanaan** | |
| --- | --- | --- | --- |
| **Daring** | **Luring** |
| 1 | Paket Tata Kelola Rumah Sakit (*TKRS, MFK, KPS, PMKP, PPK, PKPO*) |  |  |
| 2 | Paket Tata Kelola Klinis 1 (*AKP, PP, PAP, PAB, PROGNAS*) |  |  |
| 3 | Paket Tata Kelola Klinis 2  (*MRMIK, PPI, HPKK, KE, SKP*) |  |  |
| 4 | Paket lengkap  (16 Bab) |  |  |
| 5 | Paket Kustom |  |  |

Demikian pengajuan kami, atas perhatian dan perkenannya disampaikan terima kasih.

Rumah Sakit ………………..

Direktur Utama/Direktur/Kepala.

(……………………………….)