

**BUKU REGISTER PERMOHONAN INFORMASI PUBLIK
DINAS KESEHATAN KOTA SALATIGA TAHUN 2024**

No	Tgl	Nama	Alamat	Nomor HP	Pekerjaan	Informasi yang Diminta	Tujuan Penggunaan Informasi	Status Informasi		Format Informasi yang dikuasai		Jenis Permohonan		Keputusan	Alasan Penolakan	Hari dan Tanggal	Biaya & Cara Pembayaran	
								Di Bawah Penguasaan		Soft copy	Hard copy	Melihat/ Mengetahui	Meminta Salinan					
								Ya	Tidak									Belum didokumen- tasikan
																		NIHIL

Mengetahui,
Kepala Dinas Kesehatan
Kota Salatiga



dr. PRASIT AL HAKIM
NIP. 19730820 200501 1 006