**FORMULIR PENGADUAN**

**DINAS KESEHATAN KOTA SEMARANG**

Nama : ………………………………………………………………..

Alamat : ………………………………………………………………..

Pekerjaan : ………………………………………………………………..

Nomor Handphone : ……………………………………………………………....

Email : ……………………………………………………………….

Rincian Pengaduan : ……………………………………………………………...…

……………………………………………………………..…

……………………………………………………………..…

………………………………………………………………..

………………………………………………………………..

………………………………………………………………..

Berkas dikirim beserta foto copi KTP ke email : ppid.dkksemarang@gmail.com