**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