



PEMERINTAH KABUPATEN REMBANG  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**  
**dr. R. SOETRASNO**

Jl. Pahlawan No. 16 Rembang Telp (0295) 691444, Fax. (0295) 692613  
 Email : rsu\_rembang@yahoo.co.id, Kode Pos 59218



**FORMULIR PERMOHONAN INFORMASI**

No. Registrasi Permohonan Informasi \* : .....

Nama : .....

Alamat : .....

Pekerjaan : .....

Nomor Telepon/ Email : .....

Rincian Informasi yang Dibutuhkan : .....

(tambahkan kertas bila perlu) .....

Tujuan Penggunaan Informasi : .....

Cara Memperoleh Informasi\*\* : 1.  Melihat/Membaca/Mendengarkan/Mencatat\*\*\*

2.  Mendapatkan salinan informasi (hardcopy/softcopy)\*\*\*

Cara Mendapatkan Salinan Informasi\*\* : 1.  Mengambil Langsung

2.  E-mail

.....,.....20.....

Petugas Pelayanan Informasi

Pemohon Informasi

Penerima Permohonan

(.....)  
 nama dan tanda tangan

(.....)  
 nama dan tanda tangan

Keterangan :

\* Diisi oleh petugas

\*\* Pilih salah satu dengan memberi tanda ceklist (√)

\*\*\* Coret yang tidak perlu