|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NAMA / NIP** | **JABATAN** | **LOKASI KERJA** |
|  |  |  |
| Berdasarkan surat keterangan dokter ( terlampir ). Saya mengajukan Cuti Hamil / Melahirkan sebagai berikut :1. Mulai tanggal .......... s/d .......... (maksimal 90 hari) kalender
 |
| **Catatan pejabat SDM** | **Paraf** |
| **Realisasi cuti hamil sebagi berikut :**1. **Cuti sebelum melahirkan Tgl .......... s/d .......... = .......... Hari**
2. **Cuti sesudah melahirkan Tgl .......... s/d .......... = .......... Hari**
 |
| **Menyetujui** | **Pejabat Yang Berwenang** | **Pemohon** |
| **.......................................** | ........................................... | Bandung, ............................ |
|  |  |  |
| .................................................... | ........................................... | ........................................ |