**PELATIHAN K3 RUMAH SAKIT**

**Tempat :**

**Periode :**

**FORMULIR PENDAFTARAN**

Nama Lengkap : ............................................................................................................

Perusahaan : ............................................................................................................

Alamat : ............................................................................................................

 Kota : ………………………………………. Kode Pos : ………………

Telepon : ............................................................................................................

Fax : ............................................................................................................

Hand Phone : ............................................................................................................

Email : ............................................................................................................

Jabatan : ………………………………………………………………………………

Biaya Pelatihan : Rp. 2.500.000,00/peserta

(tidak termasuk akomodasi peserta)

Metode Pembayaran :

🞏 Transfer melalui rekening

CV. MITRA TRAINING CONSULTING

Bank BNI Cabang Semarang

No. rekening 0375075424

**(Biaya Pelatihan mohon dilakukan paling lambat 2 (dua) minggu sebelum pelaksanaan dan bukti transfer di fax ke no. 0294-387438)**

Disetujui oleh,

………………………………

Jabatan :……………………..



Tanggal :…………………….

**Formulir pendaftaran mohon dikembalikan paling lambat 2 ( dua ) minggu sebelum pelaksanaan kepada kami melalui email atau fax ke no. 0294-387438**

**(Jumlah peserta minimal untuk setiap angkatan 6 orang)**



**MITRA TRAINING & CONSULTING**

**Semarang Office :**

Jl. Nusa Indah No. 10
 Kendal - Semarang 51352

Telp./Fax. 0294-387438

Email : info@mitratraining.com / trainingmitra@yahoo.com

Website www.mitratraining.com