



PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN**

Jalan Sutan Syahrir 17 Pangkalan Bun - 74112



RM.18.P

FORMULIR PERMINTAAN PELAYANAN ROHANI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
Tgl Lahir/ Umur : / (Th / Bln / Hari)
Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan *)
Alamat :
Agama :
No Telp : HP :
Hubungan dengan pasien : Suami / Istri / Anak / Ayah / Ibu / Lain-lain*
Nama :
Tgl Lahir/ Umur : / (Th / Bln / Hari)
Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan*)
Alamat :
Agama :
No Telp : HP :
Dengan ini meminta diberikan pelayanan kerohanian terhadap Saya / Suami / Istri / Anak / Ayah / Ibu / Lain-lain*

Pangkalan Bun,Jam :.....WIB

Saksi,

Pemohon,

(.....)
Nama terang dan Tanda tangan

(.....)
Nama terang dan Tanda tangan

PELAKSANAAN PELAYANAN ROHANI

Materi Bimbingan :
.....
.....
.....

Rohaniawan,

(.....)
Nama terang & Tanda tangan

*) Lingkari yang sesuai