

**FORM KESEDIAAN MENJADI ANGGOTA KOMITE ETIK  
PENELITIAN KESEHATAN  
POLTEKKES KEMENKES BANJARMASIN**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Lengkap dan Gelar : .....

NIP : .....

Instansi : .....

Alamat Instansi : .....

Alamat Email : .....

No Hp. : .....

Bidang Keahlian : .....

**Bersedia / tidak bersedia\*** untuk menjadi anggota Komite Etik Penelitian Kesehatan Poltekkes Kemenkes Banjarmasin Tahun 20....

Demikian, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Banjarbaru, 20..

(.....)

\*) coret yang tidak perlu

