

Nomor : 503/...../ DPMTKTPTSP/...../20..
Perihal : Permohonan Izin Peraktek Dokter/Dokter Gigi

Kepada
Yth. Kepala Dinas Penanaman Moda Tenaga
Kerja Transmigrasil Dan Pelayanan
Terpadu Satu Pintu
Kabupaten Tana Tidung
Di-
Tideng Pale

Dengan Hormat,
Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Lengkap :
Alamat Domisili :
Tempat, Tanggal lahir :
Jenis Kelamin :
Lulusan :
Tahun Lulusan :
Tempat Praktik/Kerja* :
Nomor Hp :
No. STR :
No. Rekomendasi OP :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Dokter (SIP) untuk tempat praktik ke..... dengan alamat.....

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- 1. Fotokopi dan Asli STR Dokter/Dokter Gigi yang masih berlaku;
- 2. Surat Pernyataan mempunyai tempat praktik;
- 3. Surat Keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan tempat berkerja;
- 4. Surat rekomendasi dari organisasi profesi;
- 5. Surat rekomendasi dari Dinas Kesehatan;
- 6. Pas Foto berwarna 4x6 sebanyak 3 lembar dan 3x4 sebanyak 2 lembar.

Demikian, atas perhatian dan perkenaanya kami ucapkan terimakasih.

Pemohon,

(.....)
Nama terang

Satu SIPD hanya berlaku untuk satu tempat fasilitas pelayanan kesehatan
**SIPD tidak boleh lebih dari 3 tempat fasilitas kesehatan*
Permenkes No. 512 Tahun 2007