

Perihal : **Permohonan Rekomendasi Surat Izin Praktik
(SIP) Dokter / Dokter Gigi**

Kepada Yth,
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Kendal
Di -

.....

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Lengkap :
Alamat :
Tempat, tanggal lahir :
Jenis Kelamin :
Tahun Lulusan :
Nomor STR :
Nomor rekomendasi OP :
No. Hp / Rmh :

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

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan :

- a . Surat tanda registrasi dokter atau surat tanda registrasi dokter gigi yang diterbitkan dan dilegalisir asli oleh Konsil Kedokteran Indonesia yang masih berlaku ;
- b . Surat pernyataan mempunyai tempat praktik atau surat keterangan dari sarana pelayanan kesehatan sebagai tempat praktiknya ;
- c . Surat rekomendasi dari organisasi profesi, sesuai tempat praktik ;
- d . Pas foto berwarna ukuran 4 X 6 sebanyak 2 (Dua) menyesuaikan tempat praktek ;
- e . Fotocopy KTP ; Fotocopy Ijasah; Surat keyerangan Sehat
- f . Rekomendasi dari UPTD Puskesmas wilayah setempat ;
- g . Surat izin dari pimpinan instansi / sarana pelayanan kesehatan dimana dokter dan dokter gigi dimaksud bekerja (khusus bagi dokter dan dokter gigi yang bekerja di sarana pelayanan kesehatan pemerintah atau sarana pelayanan kesehatan yang ditunjuk pemerintah) ;

Demikian atas perhatian Bapak/ Ibu kami ucapkan terima kasih.

.....

Pemohon

.....

Perihal : **Permohonan Rekomendasi**

Kepada :

Yth. UPTD Kepala Puskesmas

.....

di –

KENDAL

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

NIP / NRPTT :

Pekerjaan :

Alamat Rumah :

Dengan ini kami mohon rekomendasi ijin pratik Dokter di.....

.....

Demikian surat permohonan ini kami buat, atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih

Kendal,

Hormat Saya

(.....)

Tembusan :

1. Ka. Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal ;
2. IDI Kendal ;
3. Arsip .

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap :
NIP / NRPTT :
Tempat/ Tgl. Lahir :
Jenis Kelamin :
Pekerjaan :
Alamat Rumah/ No. Telp :

Alamat Praktek :

1. Alamat :
Hari :
Jam :
2. Alamat :
Hari :
Jam :
3. Alamat :
Hari :
Jam :

Menyatakan :

Bahwa didalam pengisian kelengkapan permohonan ijin praktek ini apabila tidak benar serta sesuai dengan ketentuan yang berlaku, maka saya bersedia dicabut Surat Ijin Praktek yang saya miliki dan dituntut sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Kendal,

Yang Menyatakan

(.....)