

Perihal : Permohonan Izin Praktek
Dokter

Kepada
Yth: Kepala Dinas Penanaman Modal dan
Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Kota Lubuklinggau
Di-
Lubuklinggau

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Lengkap :
Alamat :
Tempat/Tanggal Lahir :
Jenis Kelamin :
Tahun Lulus :
No STR :
EMAIL :

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

Sebagai bahan pertimbangan Bapak, dengan ini saya lampirkan :

- A. Fotocopy KTP
- B. Fotocopy Ijazah terakhir yang dilegalisir 1 lembar
- C. STR asli dan masih berlaku 1 lembar
- D. Surat Rekomendasi Atasan Langsung
- E. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi dokter dan dokter gigi yang bekerja pada instansi pemerintah
- F. Denah lokasi praktek dokter
- G. Bukti Kecukupan Satuan Kredit Profesi (SKP) yang dapat di akses melalui portal skp.kemkes.go.id
- H. Surat pernyataan kelengkapan SKP yang ditandatangani tenaga medis atau tenaga kesehatan dalam pengajuan penerbitan rekomendasi untuk penerbitan SIP
- I. Fotocopy SIP ditempat fasilitas pelayanan kesehatan lainnya
- J. Map 2 Lembar
- K. Photo Warna Ukuran 3x4 2 Lembar
- L. Jadwal Praktik

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

Lubuklinggau,20.....
Yang memohon,

(.....)