

Perihal: Permohonan Surat Izin Praktek
Ahli Teknologi Laboratorium Medik (SIP-ATLM)

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 Lulusan :
Nomor STR-ATLM :
Email :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktek pada.....(sebut nama sarana kesehatannya, alamat, nama kota, kabupaten/kota)

Sebagai pertimbangan kami lampirkan:

- a. Fotokopi Ijazah yang dilegalisir;
- b. STR-ATLM asli dan Fotokopi 1 lembar
- c. Surat keterangan bekerja dari fasilitas pelayanan kesehatan yang bersangkutan;
- d. Pas photo ukuran 3x4 sebanyak 2 (dua) lembar berlatar belakang merah;
- e. Fotokopi KTP 1 lembar
- f. Bukti Kecukupan Satuan Kredit Profesi (SKP) yang dapat di akses melalui portal skp.kemkes.go.id
- g. Surat pernyataan kelengkapan SKP yang ditandatangani tenaga medis atau tenaga kesehatan dalam pengajuan penerbitan rekomendasi untuk penerbitan SIP
- h. SIP-ATLM pertama (untuk permohonan SIP-ATLM yang kedua).
- i. Map 2 Lembar

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

Lubuklinggau,20.....
Yang memohon,

(.....)