

**Perihal : Permohonan 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. Fotocopy 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 keterangan 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