

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik
Dokter (SIP Dokter)

Kepada Yth,
Kepala Dinas Kesehatan
Cq. Kepala Dinas Penanaman Modal dan
Pelayanan Terpadu Kabupaten
Gunungkidul
Di
Wonosari

Dengan hormat,
Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Lengkap :
Alamat :
Tempat, tanggal lahir :
Jenis kelamin :
Tahun Lulusan :
Nomor STR :
Nomor rekomendasi OP :

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

Hari Praktik :

Jam Praktik :

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan :

1. fotocopy STR yang diterbitkan dan dilegalisasi asli oleh KKI;
2. Surat Pernyataan memiliki tempat praktik atau surat keterangan dari fasilitas pelayanan kesehatan sebagai tempat praktiknya
3. Surat Persetujuan dari atasan langsung bagi dokter yang bekerja pada instansi/fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah atau pada instansi/fasilitas pelayanan kesehatan lain secara purna waktu
4. Fotocopy Ijazah
5. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4 x 6 sebanyak 4 (empat) lembar
6. Fotocopy KTP
7. Fotocopy SIP ke-1 bagi permohoan SIP ke-2 dan SIP ke-2 bagi permohonan SIP ke-3

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

.....

Pemohon ,

.....