

2 Rangkap : Masuk Snalheter Plastik Warna Hijau

Perihal : Permohonan Izin Terapis Gigi Dan Mulut

.....,

Yang terhormat,
Kepala DPMPTSP Kab. Semarang
di
Ungaran

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap :

No. KTP :

Alamat :

Nama Faskes :

Alamat Faskes :

Jadwal Praktik :

Telepon

Dengan ini mengajukan Permohonan Izin Terapis Gigi Dan Mulut, sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan:

1. Surat Permohonan kepada Kepala Dinas
2. Fc STR yang terbaru
3. Fc Ijazah terakhir
4. Surat keterangan dari atasan langsung bagi Perawat yang bekerja pada instansi/fasilitas pelayanan kesehatan
5. Pas foto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 3 lembar
6. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki SIP (surat izin Praktik);
7. Fc Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP);
8. Fc KTP;

Kemudian untuk menjadikan periksa atas terkabulnya permohonan ini kami ucapkan terimakasih.

Hormat kami,

.....

- *Untuk pengajuan SIP / SIK ditempat bekerja baru, wajib mencabut SIP / SIK lama terlebih dulu bila sudah tidak aktif bekerja difaskes lama. Sekaligus konfirmasi ke faskes lama untuk meng-off-kan dari aplikasi SiSDMK*
- *Bagi pengajuan SIP / SIK kedua wajib melampirkan SIP / SIK pertama dan surat keterangan dari faskes pertama yang menyatakan mengizinkan dan tidak mengganggu pelayanan di faskes pertama.*
- *Bagi SIP / SIK kedua melampirkan surat keterangan SiSDMK dari faskes kedua.*