

Klaten,

Nomor :
Lampiran :
Perihal : **Permohonan Surat Permohonan Rekomendasi
Izin Praktek Tenaga Medis Selaku Dokter Umum /
Gigi / Spesialis di Sarana Kesehatan**

Kepada
Yth . Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Klaten

Di –

KLATEN

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap :
NIP / NRP / NPTT :
Tempat / Tgl Lahir :
Jenis Kelamin :
Tahun Lulusan :
Nama Tempat Praktek :
Nomor Registrasi :
Alamat Rumah :
Anggota Organisasi Profesi :
No Telepon/Hp :

Dengan ini mengajukan Permohonan untuk mendapatkan Surat Rekomendasi Ijin Praktek untuk yang ke

Sebagai bahanpertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Foto Copy Kartu Tanda Penduduk (KTP)
2. Foto Copy Ijazah
3. Surat keterangan dari pimpinan sarana bekerja
4. Surat keterangan berbadan sehat dari dokter
5. Surat Pernyataan bersedia praktek paling banyak tiga (3) tempat bermeterai
6. Foto Copy MOU Limbah B3 (bagi praktik mandiri)
7. Foto Copy STR yang masih berlaku

Pemohon

Materai 10.000

()

