

SURAT KETERANGAN TEMPAT PRAKTIK

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. A
Profesi : Dokter
Tempat,Tanggal Lahir : Palu,
NIK : 00000
Nomor STR : 0000000
Masa Berlaku STR : Seumur hidup
Alamat Rumah : BTN
No. HP/WA : 00000
Lulusan Tahun : 2020

Menyatakan bahwa data saya sebagaimana tersebut di atas adalah benar, dan berpraktik pada sarana :

1. Nama Sarana : Praktik Mandiri
Alamat Lengkap Sarana : Jl. jl
2. Nama Sarana : Praktik Mandiri
Alamat Lengkap Sarana : Jl. jl

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagai persyaratan permohonan Surat Izin Praktik (SIP) ke 2 dan ke 3

Palu, Juni 2025

Mengetahui,
Kepala Dinas Kesehatan Kota Palu

Tenaga Kesehatan



dr. ROCHMAT JASIN MOENAWAR
NIP. 19691203 200604 1 008

drg. NURUL AFIYAH