

SURAT KETERANGAN TEMPAT PRAKTIK

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap :
Profesi :
Tempat, Tanggal Lahir :
NIK :
Nomor STR :
Masa Berlaku STR :
(Tanggal, Bulan, Tahun /
Seumur Hidup)
Alamat Rumah :
Nomor Handphone (wa) :
Lulusan dari, Tahun :

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa data saya sebagaimana di atas adalah benar dan benar
berpraktik di yang beralamat di
.....

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagai persyaratan administrasi
perizinan Surat Izin Praktik (SIP) ke 1/2/3*.

Mengetahui(tempat).....
Kepala Fasyankes

(Tanda Tangan Pimpinnan Fasyankes) (Tanda Tangan + Materai Rp. 10.000 Tenaga
Medis/Kesehatan)

(Nama Lengkap Pimpinan Fasyankes) (Nama Lengkap Tenaga Medis / Kesehatan)