

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik Terapis Gigi dan Mulut (SIPTGM)

Kepada Yth,  
Kepala .....  
Kabupaten/Kota.....  
di  
.....

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,  
Nama Lengkap : .....  
NIK : .....  
Alamat : .....  
Tempat/Tanggal lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Tahun Lulusan : .....  
Nomor STR : .....  
No HP : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Terapis Gigi dan Mulut pada .....  
.....  
(sebut nama Fasilitas Pelayanan Kesehatan, alamat, nama kota, kabupaten/kota) sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 20 Tahun 2016 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Terapis Gigi dan Mulut.

- Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan :
- a. fotokopi KTP;
  - b. fotokopi ijazah yang dilegalisir;
  - c. Fotokopi STRTGM yang masih berlaku;
  - d. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki SIP;
  - e. Pas foto ukuran 4X6 cm sebanyak 2 (dua) lembar;
  - f. Surat keterangan dari pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan atau yang menyatakan masih bekerja pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang bersangkutan;
  - g. Rekomendasi dari Organisasi Profesi.

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

..... 201.....  
  
Yang memohon,  
  
( .....)