

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,

(.....)