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,

(.....)