

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik (SIP)
Dokter/Dokter Gigi

Kepada Yth,
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Mojokerto
Di
MOJOKERTO

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap :

Alamat :

Tempat, tanggal lahir :

Jenis Kelamin :

Tahun Lulusan :

Nomor STR :

No Rekomendasi OP :

No.Telp / HP :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik (SIP) untuk yang ke :..... kali.

Alamat tempat praktik yang dimohon.....

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan:

- a. Surat tanda registrasi dokter / dokter gigi yang diterbitkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia yang masih berlaku
- b. Fotocopy Surat tanda registrasi dokter / dokter gigi yang diterbitkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia yang masih berlaku
- c. Foto copy ijazah legalisir;
- d. Surat Pernyataan memiliki tempat praktik; (Lampiri Foto copy SIP yang telah dimiliki)
- e. Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi sesuai tempat praktik;
- f. Pas foto berwarna terbaru ukuran 3 x 4 Cm (2 Lembar) & 4 x 6 Cm (2 Lembar)
- g. Foto copy KTP (Terbaru)
- h. Surat Keterangan Sehat dari dokter Pemerintah wilayah tempat praktek (dokter Puskesmas) .
- i. Jadwal Praktik

Demikian atas perhatian bapak/ibu kami ucapkan terima kasih.

Mojokerto,

Yang memohon,

Materai 6000,-

(.....)

- Perhatian :
- 1. Waktu Pelayanan 20 Menit
 - 2. Tidak Di Pungut Biaya/Gratis
 - 3. Pengajuan/Pengambilan Surat Ijin Tidak dapat di Wakilkan