



FORMULIR PERMOHONAN PENDAFTARAN SURAT IZIN PRAKTIK TERAPIS GIGI DAN MULUT (SIPTGM)

(Mohon diisi dengan jelas menggunakan huruf cetak atau diketik)

Nomor :
 Lampiran : 1 (satu) bendel
 Perihal : **Permohonan Pendaftaran Surat
 Izin Praktik Terapis Gigi dan
 Mulut (SIPTGM)**

Batu,.....
 Kepada
 Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal
 PTSP dan Tenaga Kerja
 Kota Batu
 di
B A T U

Dengan hormat,
 Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap :*)
 Tempat & tanggal lahir :*)
 Alamat Rumah :*)
 No. Telp/HP :*)
 Nama Tempat Bekerja :*)
 Alamat Tempat Bekerja :*)
 Tahun Lulus :*)

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2016 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Terapis Gigi dan Mulut, dengan ini kami mengajukan Permohonan untuk mendapatkan :

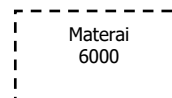
- Izin Praktik Terapis Gigi dan Mulut
 Izin Praktik Terapis Gigi dan Mulut Perpanjangan

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan persyaratan sebagai berikut :

1. Fotokopi KTP Pemohon
2. Fotokopi Ijazah yang telah **dilegalisir** oleh pejabat yang berwenang
3. Fotokopi STRTGM yang sudah **dilegalisir dan masih berlaku**
4. Surat keterangan sehat fisik dari Dokter yang memiliki Surat Izin Praktik
5. Surat pernyataan memiliki Tempat Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan atau Tempat Praktik
6. Rekomendasi dari Kepala Puskesmas setempat
7. Rekomendasi dari Organisasi Profesi
8. Pas Photo ukuran 4x6 sebanyak 5 (lima) lembar
9. Fotokopi SIPTGM yang habis masa berlakunya (untuk **perpanjangan**)
10. Surat Kuasa bermaterai dan fotocopy KTP Penerima Kuasa jika dikuasakan
11. Berkas rangkap 2 (dua)

Demikian Surat Permohonan ini, atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

Pemohon



(.....)

Keterangan :

- Beri tanda centreng untuk yang dimaksud**
 *) **Diisi oleh Pemohon**