



FORMULIR PERMOHONAN PENDAFTARAN IZIN PRAKTIK (SIP) DOKTER

(Mohon diisi dengan jelas menggunakan huruf cetak atau diketik)

Nomor :
 Lampiran : 1 (satu) bendel
 Perihal : **Permohonan Pendaftaran Izin
 Praktik (SIP) Dokter**

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 :*

No. STRA :*

Nama Tempat Bekerja :*

Alamat Tempat Bekerja :*

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2052/Menkes/Per/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran, dengan ini kami mengajukan permohonan untuk mendapatkan :

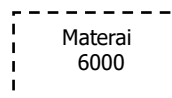
- Izin Praktik Dokter 1 2 3
- Izin Perpanjangan Praktik Dokter
- Izin Praktik Dokter Spesialis 1 2 3
- Izin Perpanjangan Praktik Dokter Spesialis

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan persyaratan sebagai berikut :

1. Fotokopi KTP pemohon
2. STR yang diterbitkan dan **dilegalisasi asli** oleh KKI (Konsil Kedokteran Indonesia)
3. Fotokopi Ijazah yang telah **dilegalisir**
4. Surat pernyataan mempunyai tempat praktik atau surat keterangan dari fasilitas pelayanan kesehatan sebagai tempat praktiknya
5. Surat rekomendasi dari organisasi profesi, sesuai tempat praktik
6. Surat persetujuan Kepala Puskesmas di wilayah tempat praktik
7. Pas photo ukuran 4x6 sebanyak 4 (empat) lembar
8. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi Dokter dan Dokter Gigi yang bekerja pada instansi/ fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah atau pada instansi/ fasilitas pelayanan kesehatan lain secara purna waktu
9. Fotokopi SIP Dokter 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 conteng untuk yang dimaksud**
 *) **Diisi oleh Pemohon**