

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik
Dokter (SIP Dokter)

Kepada Yth,
Kepala Dinas Kesehatan
Cq. Kepala Dinas Penanaman Modal dan
Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Kabupaten Gunungkidul
Di
Wonosari

Dengan hormat,
Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Lengkap :
Alamat :
Tempat, tanggal lahir :
Jenis kelamin :
Tahun Lulusan :
Nomor STR :
Nama tempat praktik :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik (SIP) untuk tempat praktik yang ke dengan alamat di

Hari Praktik :

Jam Praktik :

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan :

- a. KTP Pemohon
- b. Surat pernyataan memiliki tempat praktik / surat keterangan bekerja dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang bersangkutan
- c. Pas Foto berwarna terbaru
- d. STR
- e. Formulir permohonan
- f. SIP ke-1 bagi Pengajuan SIP ke-2 dan SIP ke-1 dan 2 bagi Pengajuan SIP ke-3 (**baru**)
- g. Bukti Kecukupan Pemenuhan SKP yang bisa dicek dan didownload melalui <https://skp.kemkes.go.id> (**perpanjangan**)
- h. surat pernyataan kecukupan SKP (**perpanjangan**)
- i. SIP Lama (**perpanjangan**)

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

.....

Pemohon ,

.....