

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik Terapis
Gigi dan Mulut (SIPTGM)

Kepada Yth.
Kepala Dinas Penanaman Modal dan
Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten
Gunungkidul
di Wonosari

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama Lengkap :
Alamat :
Tempat / Tanggal Lahir :
Jenis Kelamin :
Tahun Lulus an :
Hari Praktik :
Jam Praktik :

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 kami lampirkan :

- a. KTP Pemohon;
- b. STR;
- c. Surat pernyataan memiliki tempat praktik/ surat keterangan bekerja dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang bersangkutan;
- d. pas foto berwarna terbaru ;
- e. Rekomendasi dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul;
- f. SIP ke-1bagi Pengajuan SIP ke-2dan SIP ke-1dan2bagi Pengajuan SIP ke-3;
- g. Bukti Kecukupan Pemenuhan SKP yang bisa dicek dan didownload melalui <https://skp.kemkes.go.id> (perpanjangan)
- h. Surat Pernyataan Kecukupan SKP (perpanjangan)

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

Gunungkidul,

(.....)