Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik

 Terapis Gigi dan Mulut (SIPTGM)

Kepada Yth,

Kepala Dinas PMP2TSP Kabupaten Humbang Hasundutan

di

 Doloksanggul

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Lengkap : ...............................................................................................................................................

Alamat : ............................................................................Desa/Kel....................................................

 Kec.......................................................Kab/Kota...................................................................

 Provinsi .................................................................................................................................

Tempat/tanggal lahir : ...............................................................................................................................................

Jenis kelamin : ...............................................................................................................................................

Tahun Lulusan : ...............................................................................................................................................

Nomor STR : ...............................................................................................................................................

Masa Berlaku STR : ...............................................................................................................................................

Email : ...............................................................................................................................................

No. Telp/ Hp : ...............................................................................................................................................

dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Terapis Gigi dan Mulut (SIPTGM)

ke .......(................) pada :

Nama Tempat Praktik : ...................................................................................................................................

Alamat Tempat Praktik : ....................................................................Desa/Kel....................................................

 Kec........................................................................ Kabupaten Humbang Hasundutan

Terlampir kami sampaikan kelengkapan persyaratan sebagai berikut :

Persyaratan Umum :

1. Formulir Permohonan bermaterai Rp. 10.000;
2. Fotokopi Kartu Tanda Penduduk pemohon;
3. Fotokopi NPWP;
4. Pasfoto berwarna ukuran 4x6 cm sebanyak 1 (satu) lembar;

Persyaratan Teknis :

1. Fotokopi ijazah yang dilegalisir 1 (satu) lembar;
2. Surat Tanda Registrasi yang berlaku dan dilegalisir yang berwenang 1 (satu) lembar atau surat bukti permohonan penerbitan STR yang dikeluarkan oleh instansi yang berwenang atau bukti pengurusan secara online dan melampirkan fotokopi STR lama 1 (satu) lembar.
3. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik (SIP);
4. Surat pernyataan memiliki tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan;
5. Surat rekomendasi dari organisasi profesi, sesuai tempat praktik (Asli );
6. fotokopi SIP Kesatu

Demikian kami sampaikan atas perhatian Bapak diucapkan terima kasih.

 .................................,..................................20

 Pemohon,

 Materai

 Rp. 10.000,-

 ...........................................................

Catatan 1. Pendaftaran Permohonan dilaksanakan melalui aplikasi <https://eperizinan.humbanghasundutankab.go.id>

 2. Semua persyaratan diupload ke aplikasi dalam bentuk file PDF dan JPG.

 3. Hardcopy permohonan dan persyaratan di sampaikan kepada Dinas PMP2TSP Kab. Humbang Hasundutan.