



PERMOHONAN
IZIN PRAKTIK TERAPIS GIGI DAN MULUT

Kepada Yth :
Bupati Sragen
Cq. Kepala Dinas Penanaman Modal dan PTSP
Kabupaten Sragen
Di
SRAGEN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

- 1. Nama (gelar dicantumkan) :
- 2. Tempat, tanggal lahir :
- 3. Alamat domisili :
- 4. Jenis kelamin :
- 5. Nomor / masa berlaku STR :
- 6. Lulusan / tahun :
- 7. Nama / alamat kerja :
- 8. Nomor HP :

Dengan ini kami mengajukan permohonan untuk mendapatkan **Surat Izin Praktik Terapis Gigi dan Mulut**.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan:

- 1. Fotokopi KTP (1 lembar) diperbesar 1 lembar
- 2. Fotokopi STR yang masih berlaku dan dilegalisir
- 3. Fotokopi ijazah berlegalisir
- 4. Rekomendasi dari organisasi profesi
- 5. Surat keterangan sehat dari dokter
- 6. Surat keterangan bekerja di tempat praktik
- 7. Fotokopi izin sarana tempat praktik (Klinik/Puskesmas/Rumah Sakit/Apotek dan Sarana Kesehatan yang Lain)
- 8. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4 x 6 sebanyak 2 lembar
- 9. SIP lama dilampirkan bagi yang perpanjangan (asli)
- 10. Fotokopi pelunasan PBB (pajak bumi bangunan) terakhir
- 11. Semua berkas dalam bentuk scan PDF kecuali foto dalam bentuk JPG (flashdisk)

Demikian untuk menjadikan periksa.

Sragen,
Hormat kami

.....