

Perihal : **Permohonan Surat Izin Praktik**
Akupunktur Terapis (SIPAT)

Kepada Yth.
Kepala DPM&PTSP
Kota Banjarbaru
Di –
Banjarbaru

Dengan Hormat,

Yang Bertanda Tangan Dibawah ini :

Nama Lengkap :
Tempat Tanggal lahir :
Tahun Lulusan :
Nomor STRAT :
Alamat Rumah :
No. Telp / Hp :
Tempat Bekerja :
Alamat Sarana :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Akupunktur terapis (SIPAT) pada(Sebut nama fasilitas pelayanan kesehatan atau tempat praktek dan alamat lengkap) sesuai dengan Permenkes nomor 34 tahun 2018 tentang Izin dan Penyelenggaraan Akupunktur terapis

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Fotocopy KTP
2. Fotocopy Ijazah terakhir
3. Fotocopy STRAT
4. Surat Keterangan Sehat dari Dokter
5. Rekomendasi Organisasi Profesi setempat
6. Surat pernyataan memiliki tempat praktik atau surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan
7. Photo 4 x 6 berwarna 3 lembar berlatar belakang merah
8. Nomor Induk Berusaha
9. Denah lokasi
10. Daftar peralatan yang digunakan
11. Fotocopy SIPAT Pertama jika yang bersangkutan mengajukan SIPAT yang kedua
12. Rekomendasi dari Kepala Dinas kesehatan setempat

Demikian atas perhatian Bapak / Ibu kami ucapkan terimakasih.

Banjarbaru,
Yang Memohon,

20

(_____)