

Perihal : **Permohonan Surat Izin Praktik**

Terapis Gigi dan Mulut (SIPTGM)

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

Dengan Hormat,

Yang Bertanda Tangan Dibawah ini :

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

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktek Terapis Gigi dan Mulut yang beralamat di(sebut nama faskes atau tempat praktek dan alamat)sesuai dengan Permenkes Nomor 20 Tahun 2016 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Terapis Gigi dan Mulut

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Fotocopy KTP
2. Fotocopy Ijazah terakhir
3. Surat Persetujuan atasan bagi PNS, jika di luar wilayah adalah izin dari Kepala Dinas Kesehatan di mana perawat tersebut berasal
4. Fotocopy STRGM
5. Surat Keterangan Sehat dari Dokter
6. Rekomendasi Organisasi Profesi setempat
7. Photo 4 x 6 berwarna 3 lembar
8. Surat pernyataan memiliki tempat praktek mandiri
9. Denah lokasi dan denah bangunan (Jika praktek mandiri)
10. Daftar peralatan (jika praktek mandiri)
11. Denah Lokasi dan denah bangunan (jika praktek mandiri)
12. Nomor Induk Berusaha (Jika Praktek mandiri)
13. Surat Pernyataan bekerjasama dengan Puskesmas (jika praktek mandiri)

Demikian atas perhatian Bapak / Ibu kami ucapkan terimakasih.

Banjarbaru,
Yang Memohon,

20

(_____)

NB: Syarat di scan satu persatu dalam format PDF (< 15 mb) dan di upload pada website :
intanbjb.banjarbarukota.go.id