

Kepada Yth.  
Kepala Dinas Penanaman Modal  
dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Kepahiang  
di-  
Kepahiang

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik Dokter (SIPD)

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap : .....  
NIP : .....  
Alamat : .....  
Tempat/Tgl. Lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Tahun Lulusan : .....  
Nomor STR : .....  
Nomor Rekomendasi OP : .....  
Nomor HP : .....  
Email : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik (SIP) di :

- 1. Nama Fasilitas Pelayanan Kesehatan : .....  
Alamat : .....
- 2. Nama Fasilitas Pelayanan Kesehatan : .....  
Alamat : .....
- 3. Nama Fasilitas Pelayanan Kesehatan : .....  
Alamat : .....

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan :

- 1. Fotokopi ijazah yang dilegalisir;
- 2. Surat Tanda Registrasi (STR) Dokter yang diterbitkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia yang masih berlaku sesuai dengan izin praktek yang akan diterbitkan (lembar 1, lembar 2, lembar 3);
- 3. Rekomendasi dari Kepala Dinas Kesehatan Daerah/Kabupaten/Kota setempat;
- 4. Rekomendasi dari Ikatan Dokter Indonesia Cabang Kepahiang;
- 5. Fotokopi SK terakhir;
- 6. Surat rekomendasi dari Pimpinan Puskesmas;
- 7. Surat Keterangan Sehat dari dokter;
- 8. Fotokopi Kartu Anggota IDI
- 9. SIPD lama (Jika memperpanjang SIPD);
- 10. Foto kopi SIPD yang sudah terbit (jika mengajukan SIPD yang kedua atau ketiga);
- 11. Fotokopi KTP;
- 12. Surat Keterangan Domisili (Jika alamat di KTP berbeda dengan alamat sekarang, dan bagi pemohon yang tinggal di luar kabupaten Kepahiang, Rejang Lebong dan Bengkulu Tengah);
- 13. Pas photo ukuran 3 x 4 cm background biru sebanyak 3 (tiga) lembar;
- 14. Map Plastik Kuning berlubang sebanyak 2 (dua) buah.

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

Kepahiang, .....20.....  
Pemohon

Materai  
10.000  
.....

