

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

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik Akupunktur Terapis (SIPAT)

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap : .....  
Alamat (Tempat Tinggal) : .....  
.....  
Alamat Tempat Menjalankan  
Akupunktur Terapis : .....  
.....  
Jenis Kelamin : .....  
Tempat/Tanggal Lahir : .....  
Tahun Lulus : .....  
Nomor STRAT : .....  
No. Telp/HP : .....  
Email : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Akupunktur Terapis.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami sampaikan lampiran :

1. Fotokopi ijazah yang disahkan oleh Pimpinan Penyelenggara Pendidikan;
2. Fotokopi STRAT yang masih berlaku dan dilegalisir;
3. Rekomendasi dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan;
4. Rekomendasi dari Asosiasi/Organisasi Profesi;
5. Surat Keterangan Sehat dari Dokter yang memiliki izin praktik;
6. Surat Pernyataan memiliki tempat praktik atau Surat Keterangan dari pimpinan fasilitas;
7. SIPAT lama (Jika memperpanjang SIPAT);
8. Fotokopi SIPAT yang sudah terbit (jika mengajukan SIPAT yang kedua);
9. Fotokopi KTP;
10. 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);
11. Pas photo berwarna ukuran 3 x 4 cm background biru sebanyak 3 (tiga) lembar;
12. Map Plastik Kuning berlubang sebanyak 2 (dua) buah.

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

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

Materai  
10.000

.....