

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktek Dokter  
di Sarana Kesehatan

Kepada  
Yth. Kepala Dinas Penanaman  
Modal dan Pelayanan terpadu Satu  
Pintu  
Di  
Tempat

Dengan hormat,  
Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama lengkap & gelar : .....  
Tempat Tgl.Lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Pendidikan Profesi Terakhir : .....  
Tahun Lulusan : .....  
Status Pegawai : PNS/TNI/POLRI/PTT/THL/Swasta/.....\*  
Alamat : .....  
No.Telp/HP pemohon : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktek (SIP) ke :

- 1 Nama Sarana : .....  
Alamat Sarana : .....  
SIP yang di ajukan : Baru/Perpanjangan/Perubahan/.....\*  
Jam Praktik : Pukul.....
- 2 Nama Sarana : .....  
Alamat Sarana : .....  
SIP yang diajukan : Baru/Perpanjangan/Perubahan/.....\*  
Jam Praktik : Pukul.....
- 3 Nama Sarana : .....  
Alamat Sarana : .....  
SIP yang diajukan : Baru/Perpanjangan/Perubahan/.....\*  
Jam Praktik : Pukul.....

\* coret yang tidak perlu

Sesuai Permenkes Nomor: 2052/MENKES/PER/X/2011 tentang Ijin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran. Sebagai persyaratan yang harus dilengkapi :

1. Surat permohonan
2. Rekomendasi Organisasi Profesi dari IDI/PDGI cabang purwakarta
3. Surat keterangan sehat dari dokter yang telah memiliki SIP
4. Pas photo berwarna ukuran 3x4 cm sebanyak 4 buah
5. Fotokopi KTP yang masih berlaku
6. Fotokopi Surat Tanda Registrasi (STR) sesuai tempat praktek dan masih berlaku,
7. Surat Tanda Registrasi (STR) di Legalisasi sesuai tempat praktik dan masih berlaku/ bagi STR yang sedang dalam proses dapat melampirkan Surat keterangan dari IDI/PDGI/Kolegium.
8. Fotokopi SIP lama sesuai tempat praktik (jika **perpanjangan**)
9. Melampirkan Potokopi SIP yang telah dimiliki sesuai tempat praktek (**untuk penambahan SIP**)
10. Fotokopi Ijazah profesi terakhir yang telah dilegalisasi (**kecuali perpanjangan/perubahan/penambahan**)
11. Melampirkan Surat Izin Praktek asli yang masih berlaku (**untuk perubahan**)
12. Surat Keterangan dari pimpinan sarana/Perusahaan bahwa betul-betul dibutuhkan
13. Surat Pernyataan kesediaan untuk berpraktik di sarana kesehatan.
14. Surat ijin atasan langsung bagi dokter yang bekerja di instansi pemerintah

Purwakarta,.....  
Pemohon  
Materai 6000

.....

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktek  
Mandiri/Perorangan

Kepada  
Yth. Kepala Dinas Penanaman  
Modal dan Pelayanan terpadu Satu  
Pintu  
Di  
Tempat

Dengan hormat,  
Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama lengkap & gelar : .....  
Tempat Tgl.Lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Pendidikan Profesi Terakhir : .....  
Tahun Lulusan : .....  
Status Pegawai : PNS/TNI/POLRI/PTT/THL/Swasta/.....\*  
Alamat : .....  
No.Telp/HP pemohon : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktek (SIP) ke :

- 1 Nama Sarana : .....  
Alamat Sarana : .....  
SIP yang di ajukan : Baru/Perpanjangan/Perubahan/.....\*  
Jam Praktik : Pukul.....
- 2 Nama Sarana : .....  
Alamat Sarana : .....  
SIP yang diajukan : Baru/Perpanjangan/Perubahan/.....\*  
Jam Praktik : Pukul.....
- 3 Nama Sarana : .....  
Alamat Sarana : .....  
SIP yang diajukan : Baru/Perpanjangan/Perubahan/.....\*  
Jam Praktik : Pukul.....

\* coret yang tidak perlu

Sesuai Permenkes Nomor: 2052/MENKES/PER/X/2011 tentang Ijin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran. Sebagai persyaratan yang harus dilengkapi :

1. Surat permohonan
2. Rekomendasi Organisasi Profesi dari IDI/PDGI cabang purwakarta
3. Surat keterangan sehat dari dokter yang telah memiliki SIP
4. Pas photo berwarna ukuran 3x4 cm sebanyak 4 buah
5. Fotokopi KTP yang masih berlaku
6. Fotokopi Surat Tanda Registrasi (STR) sesuai tempat praktek dan masih berlaku,
7. Surat Tanda Registrasi (STR) di Legalisasi sesuai tempat praktik dan masih berlaku/ bagi STR yang sedang dalam proses dapat melampirkan Surat keterangan dari IDI/PDGI/Kolegium.
8. Fotokopi SIP lama sesuai tempat praktik (jika **perpanjangan**)
9. Surat rekomendasi dari kepala Puskesmas setempat dan surat pernyataan kesanggupan membina 1 (satu) posyandu dengan diketahui kepala Puskesmas dan ketua kader.
10. Melampirkan Potokopi SIP yang telah dimiliki sesuai tempat praktek (**untuk penambahan SIP**)
11. Fotokopi Ijazah profesi terakhir yang telah dilegalisasi (**kecuali perpanjangan/perubahan/penambahan**)
12. Melampirkan Surat Izin Praktek asli yang masih berlaku (**untuk perubahan**)
13. Surat Keterangan dari pimpinan sarana/Perusahaan bahwa betul-betul dibutuhkan
14. Surat Pernyataan kesediaan untuk berpraktik di sarana kesehatan.
15. Surat ijin atasan langsung bagi dokter yang bekerja di instansi pemerintah
16. Denah Ruangan dan Lingkungan

Purwakarta,.....  
Pemohon  
Materai 6000

.....

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktek Bidan  
Mandiri

Kepada  
Yth. Kepala Dinas Penanaman  
Modal dan Pelayanan terpadu Satu  
Pintu  
Di  
Tempat

Dengan hormat,  
Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama lengkap & gelar : .....  
Tempat Tgl.Lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Pendidikan Profesi Terakhir : .....  
Tahun Lulusan : .....  
Status Pegawai : PNS/TNI/POLRI/PTT/THL/Swasta/.....\*  
Alamat : .....  
No.Telp/HP pemohon : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Bidan (SIPB)  
Mandiri :

Nama Sarana : .....  
Alamat Praktik : .....  
SIP yang di ajukan : Baru/Perpanjangan/Perubahan/.....\*  
Jam Praktik : Pukul.....

\* coret yang tidak perlu

Sesuai Permenkes No.28/2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktek Bidan. Sebagai  
persyaratan yang harus dilengkapi :

1. Surat permohonan
2. Rekomendasi dari organisasi profesi (IBI) Cabang kab.Purwakarta
3. Surat Keterangan Sehat dari dokter yang telah memiliki SIP
4. Pas Foto ukuran 3x4 cm sebanyak 4 buah
5. Fotokopi KTP yang masih berlaku
6. Fotokopi Ijazah profesi terakhir yang telah dilegalisir
7. Fotokopi Surat Tanda Registrasi (STR) di dilegalisir dan masih berlaku/Surat bukti proses STR online /atau keterangan dari MTKP/MTKI
8. Poto kopi Surat Ijin Praktik Bidan (SIPB) yang lama (untuk **Perpanjangan**)
9. Melampirkan Surat Izin Praktek asli yang masih berlaku (**untuk perubahan**)
10. Surat Ijin atasan langsung bagi bidan yang bekerja di instansi pemerintah/swasta
11. Surat pernyataan kesanggupan untuk melakukan praktik Asuhan Kebidanan (bermaterai 6000)
12. Surat pernyataan memiliki tempat praktek ( bermaterai 6000 )
13. Surat rekomendasi Puskesmas setempat dan surat pernyataan kesanggupan membina 1 buah Posyandu diketahui kepala Puskesmas.
14. Denah ruangan dan lokasi

Purwakarta,.....  
Pemohon  
Materai 6000

.....

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktek Bidan di Sarana Kesehatan

Kepada  
Yth. Kepala Dinas Penanaman  
Modal dan Pelayanan terpadu Satu  
Pintu  
Di  
Tempat

Dengan hormat,  
Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama lengkap & gelar : .....  
Tempat Tgl.Lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Pendidikan Profesi Terakhir : .....  
Tahun Lulusan : .....  
Status Pegawai : PNS/TNI/POLRI/PTT/THL/Swasta/.....\*  
Alamat : .....  
No.Telp/HP pemohon : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Bidan (SIPB) di sarana kesehatan :

Nama Sarana : .....  
Alamat Praktik : .....  
SIP yang di ajukan : Baru/Perpanjangan/Perubahan/.....\*  
Jam Praktik : Pukul.....

\* coret yang tidak perlu

Sesuai Permenkes No.28/2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktek Bidan. Sebagai persyaratan yang harus dilengkapi :

1. Surat permohonan
2. Rekomendasi Organisasi Profesi (IBI) cabang kab.Purwakarta
3. Fotokopi izasah profesi terakhir yang dilegalisir
4. Fotokopi Surat Tanda Registrasi (STR) di dilegalisir dan masih berlaku/Surat bukti proses STR online /atau keterangan dari MTKP/MTKI
5. Potokopi KTP yang masih berlaku
6. Surat keterangan sehat dari dokter yang telah memiliki SIP
7. Melampirkan Surat Izin Praktek asli yang masih berlaku (**untuk perubahan**)
8. Surat pernyataan memiliki tempat praktek (bermaterai 6000)
9. Surat pernyataan kesanggupan untuk melakukan praktik Asuhan Kebidanan (bermaterai 6000)
10. Pas Foto berwarna ukuran 3x4 cm sebanyak 4 buah
11. Surat ijin atasan langsung bagi bidan yang bekerja di instansi pemerintah
12. Surat keterangan dari pimpinan/penanggung jawab sarana yang menyatakan bahwa yang bersangkutan dibutuhkan

Purwakarta,.....  
Pemohon,  
Materai 6000

.....

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktek Perawat  
Mandiri

Kepada  
Yth. Kepala Dinas Penanaman  
Modal dan Pelayanan terpadu Satu  
Pintu  
Di  
Tempat

Dengan hormat,  
Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama lengkap & gelar : .....  
Tempat Tgl.Lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Pendidikan Profesi Terakhir : .....  
Tahun Lulusan : .....  
Status Pegawai : PNS/TNI/POLRI/PTT/THL/Swasta/.....\*  
Alamat : .....  
No.Telp/HP pemohon : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Perawat (SIPP)  
Mandiri :

Nama Sarana : .....  
Alamat Praktik : .....  
SIP yang di ajukan : Baru/Perpanjangan/Perubahan/.....\*  
Jam Praktik : Pukul.....

\* coret yang tidak perlu

Sesuai Permenkes No. 17 tahun 2013 tentang Perubahan atas permenkes no. HK.02.02 tahun  
2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktek Perawat.

1. Surat permohonan;
2. Rekomendasi dari Organisasi Profesi (PPNI) Cabang Purwakarta;
3. Surat Keterangan Sehat dari dokter yang telah memiliki SIP;
4. Fotokopi KTP yang masih berlaku;
5. Fotokopi Ijazah Profesi terakhir yang dilegalisasi dan masih berlaku
6. Fotokopi Surat Tanda Registrasi (STR) di dilegalisir dan masih berlaku/Surat bukti proses STR online /atau keterangan dari MTKP/MTKI
7. Melampirkan Surat Izin Praktek asli yang masih berlaku (**untuk perubahan**)
8. Surat pernyataan memiliki tempat praktek keperawatan (bermaterai 6000)
9. Surat pernyataan kesanggupan menjalankan praktik Asuhan Keperawatan (bermaterai 6000)
10. Pas Foto ukuran 3x4 cm sebanyak 3 buah;
11. Surat Ijin atasan langsung bagi perawat yang bekerja di instansi pemerintah/swasta
12. Surat rekomendasi dari puskesmas setempat dan surat pernyataan membina posyandu 1 buah posyandu yang diketahui kepala puskesmas.
13. Denah Ruangan dan Denah Lingkungan/Lokasi;

Purwakarta, .....  
Pemohon,  
Materai 6000

.....

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktek Perawat di sarana kesehatan.

Kepada  
Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan terpadu Satu Pintu  
Di  
Tempat

Dengan hormat,  
Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama lengkap & gelar : .....  
Tempat Tgl.Lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Pendidikan Profesi Terakhir : .....  
Tahun Lulusan : .....  
Status Pegawai : PNS/TNI/POLRI/PTT/THL/Swasta/.....\*  
Alamat : .....  
No.Telp/HP pemohon : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Perawat (SIPP) di sarana kesehatan :

Nama Sarana : .....  
Alamat Praktik : .....  
SIP yang di ajukan : Baru/Perpanjangan/Perubahan/.....\*  
Jam Praktik : Pukul.....

\* coret yang tidak perlu

Sesuai Permenkes No. 17 tahun 2013 tentang Perubahan atas permenkes no. HK.02.02 tahun 2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktek Perawat.

1. Surat permohonan;
2. Rekomendasi dari Organisasi Profesi (PPNI) Cabang Purwakarta;
3. Surat Keterangan Sehat dari dokter yang telah memiliki SIP;
4. Fotokopi Ijazah Profesi terakhir yang dilegalisasi
5. Fotokopi Surat Tanda Registrasi (STR) di dilegalisir dan masih berlaku/Surat bukti proses STR online /atau keterangan dari MTKP/MTKI
6. Melampirkan Surat Izin Praktek asli yang masih berlaku (**untuk perubahan**)
7. Pas Foto ukuran 3x4 cm sebanyak 4 buah;
8. Fotokopi KTP yang masih berlaku;
9. Surat izin atasan langsung dari pimpinan institusi pemerintah tempat bekerja
10. Surat keterangan dari pimpinan/penanggung jawab sarana yang menyatakan bahwa yang bersangkutan telah bekerja/dibutuhkan,.
11. Surat pernyataan memiliki tempat kerja (bermaterai 6000)
12. Surat pernyataan kesanggupan menjalankan praktik Asuhan Keperawatan (bermaterai 6000)

Purwakarta, .....  
Pemohon,  
Materai 6000

.....

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktek Terapis Gigi dan Mulut di sarana Kesehatan

Kepada  
Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan terpadu Satu Pintu  
Di  
Tempat

Dengan hormat,  
Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama lengkap & gelar : .....  
Tempat Tgl.Lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Pendidikan Profesi Terakhir : .....  
Tahun Lulusan : .....  
Status Pegawai : PNS/TNI/POLRI/PTT/THL/Swasta/.....\*  
Alamat : .....  
No.Telp/HP pemohon : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Terafis Gigi dan Mulut (SIPTGM) Mandiri :

Nama Sarana : .....  
Alamat Praktik : .....  
SIP yang di ajukan : Baru/Perpanjangan/Perubahan/.....\*  
Jam Praktik : Pukul.....

\* coret yang tidak perlu

Sesuai Permenkes Nomor: 20 Tahun 2016 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Terafis Gigi dan Mulut. Sebagai persyaratan yang harus dilengkapi :

1. Surat permohonan;
2. Rekomendasi dari Organisasi Profesi (PPGI) Cabang Purwakarta;
3. Surat Keterangan Sehat dari dokter yang telah memiliki SIP;
4. Fotokopi Ijazah Profesi terakhir yang di legalisasi
5. Fotokopi Surat Tanda Registrasi (STR) di dilegalisir dan masih berlaku/Surat bukti proses STR online /atau keterangan dari MTKP/MTKI
6. Melampirkan Surat Izin Praktek asli yang masih berlaku (**untuk perubahan**)
7. Surat pernyataan memiliki tempat praktek keperawatan Gigi (bermaterai 6000)
8. Surat pernyataan kesanggupan menjalankan praktik Praktik Preventif & Promotif Keperawatan Gigi dan Mulut (bermaterai 6000).
9. Pas Foto ukuran 3x4 cm sebanyak 3 buah;
10. Fotokopi KTP yang masih berlaku;
11. Surat Ijin atasan langsung bagi perawat yang bekerja di instansi pemerintah
12. Surat rekomendasi dari puskesmas dan surat pernyataan membina posyandu 1 buah posyandu yang diketahui kepala puskesmas.
13. Denah Ruangan dan Denah Lingkungan/Lokasi;

Purwakarta, .....  
Pemohon,  
Materai 6000

.....

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktek Terapis Gigi dan Mulut di sarana Kesehatan

Kepada  
Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan terpadu Satu Pintu  
Di  
Tempat

Dengan hormat,  
Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama lengkap & gelar : .....  
Tempat Tgl.Lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Pendidikan Profesi Terakhir : .....  
Tahun Lulusan : .....  
Status Pegawai : PNS/TNI/POLRI/PTT/THL/Swasta/.....\*  
Alamat : .....  
No.Telp/HP pemohon : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Terafis Gigi dan Mulut (SIPTGM) Mandiri :

Nama Sarana : .....  
Alamat Praktik : .....  
SIP yang di ajukan : Baru/Perpanjangan/Perubahan/.....\*  
Jam Praktik : Pukul.....

\* coret yang tidak perlu

Sesuai Permenkes Nomor: 20 Tahun 2016 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Terafis Gigi dan Mulut. Sebagai persyaratan yang harus dilengkapi :

1. Surat permohonan;
2. Rekomendasi dari Organisasi Profesi (PPGI) Cabang Purwakarta;
3. Surat Keterangan Sehat dari dokter yang telah memiliki SIP;
4. Fotokopi Ijazah Profesi terakhir yang di legalisasi
5. Fotokopi Surat Tanda Registrasi (STR) di dilegalisir dan masih berlaku/Surat bukti proses STR online /atau keterangan dari MTKP/MTKI
6. Melampirkan Surat Izin Praktek asli yang masih berlaku (**untuk perubahan**)
7. Surat pernyataan memiliki tempat praktek keperawatan Gigi (bermaterai 6000)
8. Surat pernyataan kesanggupan menjalankan praktik Praktik Preventif & Promotif Keperawatan Gigi dan Mulut (bermaterai 6000).
9. Pas Foto ukuran 3x4 cm sebanyak 3 buah;
10. Fotokopi KTP yang masih berlaku;
11. Surat Ijin atasan langsung bagi perawat yang bekerja di instansi pemerintah

Purwakarta, .....  
Pemohon,  
Materai 6000

.....



Perihal : Permohonan Surat Izin Praktek Perawat Gigi Mandiri

Kepada  
Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan terpadu Satu Pintu  
Di  
Tempat

Dengan hormat,  
Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama lengkap & gelar : .....  
Tempat Tgl.Lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Pendidikan Profesi Terakhir : .....  
Tahun Lulusan : .....  
Status Pegawai : PNS/TNI/POLRI/PTT/THL/Swasta/.....\*  
Alamat : .....  
No.Telp/HP pemohon : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Terafis Gigi dan Mulut (SIPTGM) di sarana kesehatan :

Nama Sarana : .....  
Alamat Praktik : .....  
SIP yang di ajukan : Baru/Perpanjangan/Perubahan/.....\*  
Jam Praktik : Pukul.....

\* coret yang tidak perlu

Sesuai Permenkes Nomor: 20 Tahun 2016 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Terafis Gigi dan Mulut. Sebagai persyaratan yang harus dilengkapi :

1. Surat permohonan;
2. Rekomendasi dari Organisasi Profesi (PPGI) Cabang Purwakarta;
3. Surat Keterangan Sehat dari dokter yang telah memiliki SIP;
4. Fotokopi Ijazah Profesi terakhir yang dilegalisasi
5. Fotokopi Surat Tanda Registrasi (STR) di dilegalisir dan masih berlaku/Surat bukti proses STR online /atau keterangan dari MTKP/MTKI
6. Melampirkan Surat Izin Praktek asli yang masih berlaku (**untuk perubahan**)
7. Pas Foto ukuran 3x4 cm sebanyak 4 buah;
8. Fotokopi KTP yang masih berlaku;
9. Surat izin atasan langsung bagi perawat yang bekerja di isntansi pemerintah.
10. Surat keterangan dari pimpinan/penanggung jawab sarana yang menyatakan bahwa yang bersangkutan telah bekerja/dibutuhkan,.
11. Surat pernyataan memiliki tempat praktek keperawatan (bermaterai 6000)
12. Surat pernyataan kesanggupan menjalankan praktik Asuhan Keperawatan (bermaterai 6000) sesuai ketentuan yang berlaku.

Purwakarta,.....  
Pemohon,  
Materai 6000

.....

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktek Apoteker

Kepada  
Yth. Kepala Dinas Penanaman  
Modal dan Pelayanan terpadu Satu  
Pintu  
Di  
Tempat

Dengan hormat,  
Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama lengkap & gelar : .....  
Tempat Tgl.Lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Pendidikan Profesi Terakhir : .....  
Tahun Lulusan : .....  
Status Pegawai : PNS/TNI/POLRI/PTT/THL/Swasta/.....\*  
Alamat : .....  
No.Telp/HP pemohon : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktek Apoteker (SIPA) :

- 1 Nama Sarana : .....  
Alamat Sarana : .....  
SIP yang di ajukan : Baru/Perpanjangan/Perubahan/.....\*  
Jam Praktik : Pukul.....
- 2 Nama Sarana : .....  
Alamat Sarana : .....  
SIP yang diajukan : Baru/Perpanjangan/Perubahan/.....\*  
Jam Praktik : Pukul.....
- 3 Nama Sarana : .....  
Alamat Sarana : .....  
SIP yang diajukan : Baru/Perpanjangan/Perubahan/.....\*  
Jam Praktik : Pukul.....

\*coret yang tidak perlu

Sesuai PP RI Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian .Permenkes Nomor : 31 Tahun 2016 tentang Perubahan Permenkes No.889 Tahun 2011 tentang Registrasi, Izin Praktik dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian. Sebagai persyaratan yang harus dilengkapi :

1. Surat permohonan
2. Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi (IAI) Cabang Kab.Purwakarta)
3. Surat keterangan sehat dari dokter yang telah memiliki SIP
4. Pas Foto berwarna ukuran 3x4 cm sebanyak 4 buah
5. Fotokopi KTP yang masih berlaku
6. Fotokopi Ijazah profesi terakhir yang telah dilegalisir
7. Fotokopi Surat Tanda Registrasi (STR) di dilegalisir dan masih berlaku/Surat bukti proses STR online /atau surat keterangan dari lembaga yang berwenang.
8. Fotokopi SIPA yang lama (**untuk perpanjangan**)
9. Potokopy SIPA yang telah dimiliki dan masih berlaku (**untuk penambahan SIPA**)
10. Surat Rekomendasi dari Puskesmas dan Surat pernyataan kesanggupan membina Posyandu (minimal 1 posyandu) dengan diketahui kepala Puskesmas diwilayah setempat dan ketua kader posyandu (**untuk SIPA Apotek**).
11. Melampirkan Surat Izin Praktek asli yang masih berlaku (**untuk perubahan**)
12. Surat Pernyataan telah memiliki tempat praktek (*bermaterai 6000*)
13. Surat Pernyataan kesediaan untuk berpraktek di sarana (*bermaterai 6000*)
14. Surat ijin atasan langsung bagi Apoteker yang bekerja di instansi pemerintah.
15. Denah Ruangan dan Lokasi ( **untuk SIPA di Apotek**)

Purwakarta, .....  
Pemohon,  
Materai 6000

.....

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktek Penata Anestesi

Kepada  
Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan terpadu Satu Pintu  
Di  
Tempat

Dengan hormat,  
Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama lengkap & gelar : .....  
Tempat Tgl.Lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Pendidikan Profesi Terakhir : .....  
Tahun Lulusan : .....  
Status Pegawai : PNS/TNI/POLRI/PTT/THL/Swasta/.....\*  
Alamat : .....  
No.Telp/HP pemohon : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Penata Anestesi (SIPPA) di :

- 1 Nama Sarana : .....  
Alamat Praktik : .....  
SIP yang di ajukan : Baru/Perpanjangan/Perubahan/.....\*  
Jam Praktik : Pukul.....
- 2 Nama Sarana : .....  
Alamat Praktik : .....  
SIP yang di ajukan : Baru/Perpanjangan/Perubahan/.....\*  
Jam Praktik : Pukul.....

\* coret yang tidak perlu

Sesuai Permenkes No. 18 Tahun 2016 tentang Izin Penyelenggaraan Praktik Penata Anestesi. Sebagai persyaratan yang harus dilengkapi :

1. Surat permohonan;
2. Rekomendasi dari Organisasi Profesi (IPAI) Cabang Purwakarta;
3. Surat Keterangan Sehat dari dokter yang telah memiliki SIP;
4. Fotokopi Ijazah profesi terakhir yang dilegalisasi 1 lembar
5. Fotokopi Surat Tanda Registrasi (STR) di dilegalisir dan masih berlaku/Surat bukti proses STR online /atau keterangan dari MTKP/MTKI
6. Melampirkan Surat Izin Praktek asli yang masih berlaku (**untuk perubahan**)
7. Pas Foto ukuran 3x4 cm sebanyak 4 buah;
8. Fotokopi KTP yang masih berlaku;
9. Surat izin atasan langsung dari pimpinan institusi pemerintah tempat bekerja
10. Surat keterangan dari pimpinan/penanggung jawab sarana yang menyatakan bahwa yang bersangkutan telah bekerja/dibutuhkan,.
11. Surat pernyataan memiliki tempat praktek (bermaterai 6000)
12. Surat pernyataan kesanggupan menjalankan praktik (bermaterai 6000)

Purwakarta,.....  
Pemohon,  
Materai 6000

.....

Perihal : Permohonan Surat Izin Kerja Sanitarian

Kepada  
Yth. Kepala Dinas Penanaman  
Modal dan Pelayanan terpadu Satu  
Pintu  
Di  
Tempat

Dengan hormat,  
Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama lengkap & gelar : .....  
Tempat Tgl.Lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Pendidikan Profesi Terakhir : .....  
Tahun Lulusan : .....  
Status Pegawai : PNS/TNI/POLRI/PTT/THL/Swasta/.....\*  
Alamat : .....  
No.Telp/HP pemohon : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Kerja (SIK) Sanitarian di :

- 1 Nama Sarana : .....  
Alamat Praktik : .....  
SIP yang di ajukan : Baru/Perpanjangan/Perubahan/.....\*  
Jam Praktik : Pukul.....
- 2 Nama Sarana : .....  
Alamat Praktik : .....  
SIP yang di ajukan : Baru/Perpanjangan/Perubahan/.....\*  
Jam Praktik : Pukul.....

\* coret yang tidak perlu

Sesuai Permenkes No. 32 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Tenaga Sanitarian. Sebagai persyaratan yang harus dilengkapi :

1. Surat permohonan
2. Rekomendasi dari Organisasi Profesi Cabang Purwakarta;
3. Surat Keterangan Sehat dari dokter yang telah memiliki SIP;
4. Fotokopi Ijazah tenaga Sanitarian yang dilegalisasi 1 lembar ;
5. Fotokopi Surat Tanda Registrasi (STR) di dilegalisir dan masih berlaku/Surat bukti proses STR online /atau keterangan dari MTKP/MTKI
6. Melampirkan Surat Izin Praktek asli yang masih berlaku (**untuk perubahan**)
7. Pas Foto ukuran 3x4 cm sebanyak 3 buah;
8. Fotokopi KTP yang masih berlaku;
9. Surat izin atasan langsung dari pimpinan institusi pemerintah tempat bekerja.
10. Surat keterangan dari pimpinan/penanggung jawab sarana yang menyatakan bahwa yang bersangkutan telah bekerja/dibutuhkan.
11. Surat pernyataan memiliki tempat praktek (bermaterai 6000)
12. Surat pernyataan kesanggupan menjalankan praktik (bermaterai 6000)

Purwakarta, .....  
Pemohon,  
Materai 6000

.....

Perihal : Permohonan Surat Izin Kerja Perekam  
Medik

Kepada  
Yth Kepala Dinas Penanaman  
Modal dan Pelayanan terpadu Satu  
Pintu  
Di  
Tempat

Dengan hormat,  
Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama lengkap & gelar : .....  
Tempat Tgl.Lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Pendidikan Profesi Terakhir : .....  
Tahun Lulusan : .....  
Status Pegawai : PNS/TNI/POLRI/PTT/THL/Swasta/.....\*  
Alamat : .....  
No.Telp/HP pemohon : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Kerja (SIK) Perekam Medik  
di :

- 1 Nama Sarana : .....  
Alamat Praktik : .....  
SIP yang di ajukan : Baru/Perpanjangan/Perubahan/.....\*  
Jam Praktik : Pukul.....
- 2 Nama Sarana : .....  
Alamat Praktik : .....  
SIP yang di ajukan : Baru/Perpanjangan/Perubahan/.....\*  
Jam Praktik : Pukul.....

\* coret yang tidak perlu

Sesuai Permenkes No. 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis.  
Sebagai persyaratan yang harus dilengkapi :

1. Surat permohonan
2. Rekomendasi dari Organisasi Profesi Perekam Medis Cabang Purwakarta;
3. Surat Keterangan Sehat dari dokter yang telah memiliki SIP;
4. Fotokopi Ijazah profesi terakhir yang dilegalisasi 1 lembar ;
5. Fotokopi Surat Tanda Registrasi (STR) di dilegalisir dan masih berlaku/Surat bukti proses STR online /atau keterangan dari MTKP/MTKI
6. Melampirkan Surat Izin Praktek asli yang masih berlaku (**untuk perubahan**)
7. Pas Foto ukuran 3x4 cm sebanyak 3 buah;
8. Fotokopi KTP yang masih berlaku;
9. Surat izin atasan langsung dari pimpinan institusi pemerintah tempat bekerja
10. Surat keterangan dari pimpinan/penanggung jawab sarana yang menyatakan bahwa yang bersangkutan telah bekerja/dibutuhkan
11. Surat pernyataan memiliki tempat praktek (bermaterai 6000)
12. Surat pernyataan kesanggupan menjalankan praktik (bermaterai 6000)

Purwakarta, .....  
Pemohon,  
Materai 6000

.....

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktek Ahli Tenaga  
Laboratorium Medik

Kepada  
Yth. Kepala Dinas Penanaman  
Modal dan Pelayanan terpadu Satu  
Pintu  
Di  
Tempat

Dengan hormat,  
Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama lengkap & gelar : .....  
Tempat Tgl.Lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Pendidikan Profesi Terakhir : .....  
Tahun Lulusan : .....  
Status Pegawai : PNS/TNI/POLRI/PTT/THL/Swasta/.....\*  
Alamat : .....  
No.Telp/HP pemohon : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Ahli Tenaga  
Laboratorium Medik (SIP-ATLM) di :

- 1 Nama Sarana : .....  
Alamat Praktik : .....  
SIP yang di ajukan : Baru/Perpanjangan/Perubahan/.....\*  
Jam Praktik : Pukul.....
- 2 Nama Sarana : .....  
Alamat Praktik : .....  
SIP yang di ajukan : Baru/Perpanjangan/Perubahan/.....\*  
Jam Praktik : Pukul.....

\* coret yang tidak perlu

Sesuai Permenkes No. 42 Tahun 2015 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik ATLM, Sebagai  
persyaratan yang harus dilengkapi :

1. Surat permohonan
2. Rekomendasi dari organisasi profesi cabang kab.Purwakarta
3. Potokopi izasah profesi terakhir yang telah dilegalisasi
4. Fotokopi Surat Tanda Registrasi (STR) di dilegalisir dan masih berlaku/Surat bukti proses STR online /atau keterangan dari MTKP/MTKI
5. Melampirkan Surat Izin Praktek asli yang masih berlaku (**untuk perubahan**)
6. Surat Keterangan Sehat dari dokter yang memiliki SIP
7. Pas Foto ukuran 3x4 sebanyak 4 buah
8. Potokopi KTP yang masih berlaku
9. Surat ijin atasan langsung bagi yang bekerja di instansi pemerintah
10. Surat pernyataan memiliki tempat kerja (bermaterai 6000)
11. Surat pernyataan kesanggupan menjalankan praktek profesi (materai 6000)
12. Surat Surat keterangan dari pimpinan/penanggung jawab sarana yang menyatakan bahwa yang bersangkutan dibutuhkan.

Purwakarta, .....  
Pemohon,  
Materai 6000

.....

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik Fisioterapis

Kepada  
Yth. Kepala Dinas Penanaman  
Modal dan Pelayanan terpadu Satu  
Pintu  
Di  
Tempat

Dengan hormat,  
Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama lengkap & gelar : .....  
Tempat Tgl.Lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Pendidikan Profesi Terakhir : .....  
Tahun Lulusan : .....  
Status Pegawai : PNS/TNI/POLRI/PTT/THL/Swasta/.....\*  
Alamat : .....  
No.Telp/HP pemohon : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Kerja Perekam Medik di :

- 1 Nama Sarana : .....  
Alamat Praktik : .....  
SIP yang di ajukan : Baru/Perpanjangan/Perubahan/.....\*  
Jam Praktik : Pukul.....
- 2 Nama Sarana : .....  
Alamat Praktik : .....  
SIP yang di ajukan : Baru/Perpanjangan/Perubahan/.....\*  
Jam Praktik : Pukul.....

\* coret yang tidak perlu

Sesuai Permenkes No. 80 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Fisioterapis. Sebagai persyaratan yang harus dilengkapi :

1. Surat permohonan
2. Rekomendasi dari organisasi profesi cabang kab.Purwakarta
3. Potokopi izasah fisioterapi yang telah dilegalisasir
4. Fotokopi Surat Tanda Registrasi (STR) di dilegalisir dan masih berlaku/Surat bukti proses STR online /atau keterangan dari MTKP/MTKI
5. Melampirkan Surat Izin Praktek asli yang masih berlaku (**untuk perubahan**)
6. Surat Keterangan Sehat dari dokter yang memiliki SIP
7. Pas Foto ukuran 3x4 sebanyak 4 buah
8. Potokopi KTP yang masih berlaku
9. Potokopi Surat Izin Praktek Fisioterapi (SIP-Fis) yang lama (**untuk perpanjangan**).
10. Surat ijin atasan langsung bagi yang bekerja di instansi pemerintah
11. Surat pernyataan kesanggupan melaksanakan praktek sesuai ketentuan yang berlaku (*bermaterai 6000*).
12. Surat pernyataan memiliki tempat praktek/kerja (*bermaterai 6000*)
13. Surat rekomendasi dari Puskesmas setempat dan surat pernyataan membina posyandu (**untuk praktek mandiri**)
14. Denah Ruangan/Lokasi (**untuk praktek mandiri**)

Purwakarta, .....  
Pemohon,  
Materai 6000

.....

Perihal : Permohonan Surat Izin Kerja Radiografer

Kepada  
Yth. Kepala Dinas Penanaman  
Modal dan Pelayanan terpadu Satu  
Pintu  
Di  
Tempat

Dengan hormat,  
Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama lengkap & gelar : .....  
Tempat Tgl.Lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Pendidikan Profesi Terakhir : .....  
Tahun Lulusan : .....  
Status Pegawai : PNS/TNI/POLRI/PTT/THL/Swasta/.....\*  
Alamat : .....  
No.Telp/HP pemohon : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Kerja Radiografer di :

- 1 Nama Sarana : .....  
Alamat Praktik : .....  
SIP yang di ajukan : Baru/Perpanjangan/Perubahan/.....\*  
Jam Praktik : Pukul.....
- 2 Nama Sarana : .....  
Alamat Praktik : .....  
SIP yang di ajukan : Baru/Perpanjangan/Perubahan/.....\*  
Jam Praktik : Pukul.....

\* coret yang tidak perlu

Sesuai Permenkes No. 357 Tahun 2006 tentang Registrasi dan Izin Kerja Radiografer. Sebagai persyaratan yang harus dilengkapi :

1. Surat permohonan
2. Rekomendasi dari organisasi profesi cabang kab.Purwakarta
3. Potokopi ijazah profesi terakhir yang di dilegalisir
4. Fotokopi Surat Tanda Registrasi (STR) di dilegalisir dan masih berlaku/Surat bukti proses STR online /atau keterangan dari MTKP/MTKI
5. Melampirkan Surat Izin Praktek asli yang masih berlaku (**untuk perubahan**)
6. Potokopi KTP yang masih berlaku
7. Surat Keterangan Sehat dari dokter yang memiliki SIP
8. Pas foto berwarna ukuran 3 x 4 sebanyak 4 lembar
9. Surat ijin atasan langsung bagi yang bekerja di instansi pemerintah
10. Surat keterangan dari pimpinan/penanggung jawab sarana yang menyatakan bahwa yang bersangkutan dibutuhkan.
11. Surat pernyataan kesanggupan melaksanakan praktek sesuai ketentuan yang berlaku (*bermaterai 6000*).
12. Surat pernyataan memiliki tempat praktek/kerja (*bermaterai 6000*)

Purwakarta,.....  
Pemohon,  
Materai 6000

.....



Perihal : Permohonan Surat Izin Praktek Tenaga  
Teknis Kefarmasian

Kepada  
Yth. Kepala Dinas Penanaman  
Modal dan Pelayanan terpadu Satu  
Pintu  
Di  
Tempat

Dengan hormat,  
Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama lengkap & gelar : .....  
Tempat Tgl.Lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Pendidikan Profesi Terakhir : .....  
Tahun Lulusan : .....  
Status Pegawai : PNS/TNI/POLRI/PTT/THL/Swasta/.....\*  
Alamat : .....  
No.Telp/HP pemohon : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Tenaga Teknis Kefarmasian (SIP-TTK) di :

- 1 Nama Sarana : .....  
Alamat Praktik : .....  
SIP yang di ajukan : Baru/Perpanjangan/Perubahan/.....\*  
Jam Praktik : Pukul.....
- 2 Nama Sarana : .....  
Alamat Praktik : .....  
SIP yang di ajukan : Baru/Perpanjangan/Perubahan/.....\*  
Jam Praktik : Pukul.....
- 3 Nama Sarana : .....  
Alamat Praktik : .....  
SIP yang di ajukan : Baru/Perpanjangan/Perubahan/.....\*  
Jam Praktik : Pukul.....

\* coret yang tidak perlu

Sesuai PP RI Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian . Permenkes Nomor : 31 Tahun 2016 tentang Perubahan Permenkes No.889 Tahun 2011 tentang Registrasi, Izin Praktik dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian. Sebagai persyaratan yang harus dilengkapi :

1. Surat permohonan
2. Surat rekomendasi dari organisasi profesi cabang kab.Purwakarta.
3. Foto kopi Ijazah Tenaga Teknis Kefarmasian yang telah dilegalisasi.
4. Fotokopi Surat Tanda Registrasi (STR) di dilegalisir dan masih berlaku/Surat bukti proses STR online /atau dari lembaga yang berwenang.
5. Melampirkan Surat Izin Praktek asli yang masih berlaku (**untuk perubahan**)
6. Fotokopi KTP yang masih berlaku
7. Melampirkan potokopi SIP-TTK yang lama (**untuk perpanjangan**)
8. Surat Keterangan Sehat dari dokter yang memiliki SIP
9. Pas poto berwarna ukuran 3 x 4 sebanyak 4 lembar
10. Surat izin atasan langsung bagi tenaga kefarmasian yang bekerja di instansi pemerintah
11. Surat keterangan dari pimpinan sarana/penanggung jawab kefarmasian yang menyatakan bahwa yang bersangkutan dibutuhkan (**untuk di Apotek dan sarana kesehatan**)
12. Surat pernyataan memiliki tempat praktik (bermaterai 6000)
13. Surat pernyataan kesanggupan melaksanakan praktek kefarmasian (bermaterai 6000)
14. Denah ruangan dan lokasi (**untuk penanggung jawab Toko Obat**).

Purwakarta,.....  
Pemohon  
Materai 6000

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik Refraksi Optisien.

Kepada  
Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan terpadu Satu Pintu  
Di  
Tempat

Dengan hormat,  
Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama lengkap & gelar : .....  
Tempat Tgl.Lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Pendidikan Profesi Terakhir : .....  
Tahun Lulusan : .....  
Status Pegawai : PNS/TNI/POLRI/PTT/THL/Swasta/.....\*  
Alamat : .....  
No.Telp/HP pemohon : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Refraksi Optisien (SIP-RO) di :

- 1 Nama Sarana : .....  
Alamat Praktik : .....  
SIP yang di ajukan : Baru/Perpanjangan/Perubahan/.....\*  
Jam Praktik : Pukul.....
- 2 Nama Sarana : .....  
Alamat Praktik : .....  
SIP yang di ajukan : Baru/Perpanjangan/Perubahan/.....\*  
Jam Praktik : Pukul.....

\* coret yang tidak perlu

Sesuai Permenkes No 19 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Refraksionis Optisien dan Optometris.Sebagai persyaratan yang harus dilengkapi :

1. Surat permohonan
2. Surat Rekomendasi Organisasi Profesi (IROPIN) cabang kab.Purwakarta
3. Potokopi izasah terakhir yang dilegalisir
4. Fotokopi Surat Tanda Registrasi (STR) di dilegalisir dan masih berlaku/Surat bukti proses STR online /atau keterangan dari MTKP/MTKI
5. Melampirkan Surat Izin Praktek asli yang masih berlaku (**untuk perubahan**)
6. Potokopi KTP yang masih berlaku
7. Surat keterangan sehat dari dokter yang telah memiliki SIP
8. Pas Poto 3x4 sebanyak 3 buah
9. Surat izin atasan langsung bagi tenaga RO yang bekerja di Isntansi Pemerintah
10. Surat keterangan dari pimpinan /penanggung jawab sarana bahwa dibutuhkan sebagai tenaga RO di sarana.
11. Surat pernyataan memiliki tempat kerja (bermaterai 6000)
12. Surat pernyataan kesanggupan melaksanakan praktek kefarmasian (bermaterai 6000).

Purwakarta, .....  
Pemohon,  
Materai 6000

.....

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik Ahli Gizi

Kepada  
Yth. Kepala Dinas Penanaman  
Modal dan Pelayanan terpadu Satu  
Pintu  
Di  
Tempat

Dengan hormat,  
Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama lengkap & gelar : .....  
Tempat Tgl.Lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Pendidikan Profesi Terakhir : .....  
Tahun Lulusan : .....  
Status Pegawai : PNS/TNI/POLRI/PTT/THL/Swasta/.....\*  
Alamat : .....  
No.Telp/HP pemohon : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Ahli Gizi (SIP-AG) di

- 1 Nama Sarana : .....  
Alamat Praktik : .....  
SIP yang di ajukan : Baru/Perpanjangan/Perubahan/.....\*  
Jam Praktik : Pukul.....
- 2 Nama Sarana : .....  
Alamat Praktik : .....  
SIP yang di ajukan : Baru/Perpanjangan/Perubahan/.....\*  
Jam Praktik : Pukul.....

*\* coret yang tidak perlu*

Sesuai Permenkes No. 26 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Tenaga Gizi. Sebagai persyaratan yang harus dilengkapi :

1. Surat permohonan;
2. Surat Rekomendasi Organisasi Profesi cabang kab.Purwakarta
3. Surat Keterangan Sehat dari dokter yang telah memiliki SIP;
4. Potokopi Ijazah terakhir yang dilegalisir
5. Potokopi Fotokopi Surat Tanda Registrasi (STR) di dilegalisir dan masih berlaku/Surat bukti proses STR online /atau keterangan dari MTKP/MTKI
6. Melampirkan Surat Izin Praktek asli yang masih berlaku (**untuk perubahan**)
7. Surat keterangan dari pimpinan/Penanggung Jawab sarana bahwa benar-benar dibutuhkan sebagai tenaga ahli gizi di sarana.
8. Pas Foto ukuran 3x4 cm sebanyak 4 buah;
9. Fotokopi KTP yang masih berlaku;
10. Surat izin atasan langsung bagi tenaga yang bekerja di Instansi pemerintah
11. Surat pernyataan memiliki tempat kerja (bermaterai 6000)
12. Surat pernyataan kesanggupan melaksanakan praktek profesi (bermaterai 6000).

Purwakarta,.....  
Pemohon,  
Materai 6000

.....

Perihal : Permohonan Surat Terdaftar Penyehat Tradisional (STPT)

Kepada  
Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan terpadu Satu Pintu  
Di  
Tempat

Dengan hormat,  
Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama lengkap : .....  
Tempat Tgl.Lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Alamat Rumah : .....  
Kewarganegaraan : .....  
Klasifikasi Penyehat Tradisional : Ketrampilan /Ramuan .\*)  
Jenis Penyehat Tradisional : .....  
Alamat Praktek : .....  
No.Telp/HP pemohon : .....

Sesuai Permenkes No. 61 Tahun 2016 Tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional Empiris. Sebagai persyaratan yang harus dilengkapi :

1. Surat permohonan
2. Surat pernyataan mengenai metode atau teknik pelayanan yang diberikan
3. Fotokopi KTP yang masih berlaku
4. Surat keterangan lokasi tempat praktek dari lurah atau desa
5. Surat rekomendasi dari asosiasi sejenis atau surat keterangan dari tempat kegiatan magang.
6. Fotokopi sertifikat/ijazah penyehat tradisional
7. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki SIP
8. Surat pengantar dari Puskesmas setempat
9. Surat pernyataan melaporkan hasil kegiatan ke Puskesmas wilayah setempat meliputi : jumlah pasien, jenis kelamin, jenis penyakit, metode dan cara pelayanannya setiap 3 bulan sekali (bermaterai 6000)
10. Pas foto terbaru ukuran 4 x 6 cm sebanyak 2 lbr
11. Denah ruangan dan denah lokasi

Purwakarta,.....  
Pemohon,  
Materai 6000

.....

Perihal : Permohonan Izin Toko Obat

Kepada  
Yth. Kepala Dinas Penanaman  
Modal dan Pelayanan terpadu Satu  
Pintu  
Di  
Tempat

Dengan hormat,  
Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Toko Obat : .....  
Alamat : .....

Nama Penanggung Jawab : .....  
Alamat : .....  
No.Telp : .....

Nama Pemilik : .....  
Alamat : .....  
No.Telp : .....

Sesuai Permenkes No. 1331 Tahun 2002 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan No.167/1972 Tentang Pedagang Eceran Obat. Sebagai persyaratan yang harus dilengkapi :

1. Surat Permohonan
2. Potokopi Izasah Tenaga Teknis Kefarmasian di dilegalisir
3. Fotokopi Surat Tanda Registrasi (STR) di dilegalisir dan masih berlaku/Surat bukti proses STR online /atau keterangan dari lembaga yang berwenang.
4. Melampirkan Surat Izin Praktek asli yang masih berlaku (**untuk perubahan**)
5. Fotokopi Surat Izin Praktik Tenaga Teknis Kefarmasian yang telah diterbitkan dan masih berlaku sebagai penanggung jawab di Toko Obat.
6. Potokopi KTP Tenaga Teknis Kefarmasian dan pemilik yang masih berlaku.
7. Pas photo terbaru ukuran 4x6 sebanyak 2 buah (pemilik dan TTK)
8. Surat pernyataan kesediaan Tenaga Teknis Kefarmasian sebagai penanggung jawab teknis.
9. Surat Pernyataan dari pemilik tidak akan menjual obat-obatan keras (*lingkaran merah*) kecuali Obat Bebas terbatas *lingkaran hijau* dan *lingkaran biru* (bermaterai Rp.6000)
10. Surat perjanjian kerjasama antara pemilik dengan tenaga teknis kefarmasian sebagai penanggung jawab (bermaterai 6000 dan jika pemilik bukan tenaga Teknis Kefarmasian)
11. Surat rekomendasi kepala puskesmas dan Surat pernyataan membina Posyandu minimal 1 posyandu dengan diketahui kepala Puskesmas dan ketua kader setempat
12. Denah ruangan dan lokasi.

Purwakarta, .....  
Pemohon,  
Materai 6000

.....

Perihal : Permohonan Izin Toko Alat Kesehatan

Kepada  
Yth. Kepala Dinas Penanaman  
Modal dan Pelayanan terpadu Satu  
Pintu  
Di  
Tempat

Dengan hormat,  
Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Toko Alkes : .....  
Alamat : .....  
  
Nama Pemilik : .....  
Alamat : .....  
No.Telp : .....

Sesuai Permenkes No. 1191/2010 Tentang Penyalur Alat Kesehatan.  
Sebagai persyaratan yang harus dilengkapi :

1. Surat permohonan dari perorangan atau Badan Usaha/Badan Hukum
2. Potokopi Akte Notaris bila penyelenggara atas nama Badan Usaha/Badan Hukum.
3. Fotokopi KTP pemohon yang masih berlaku
4. Surat Rekomendasi kepala puskesmas setempat dan Surat pernyataan membina Posyandu/UKS minimal 1 posyandu dengan diketahui kepala Puskesmas dan ketua kader setempat.
5. Surat pernyataan dari pemilik menyatakan hanya akan menjual alkes tertentu sesuai dengan ketentuan yang berlaku (*bermaterai Rp.6000*)
6. Surat Keterangan dari Desa/Lurah Setempat
7. Potokopi SITU dan SIUP yang masih berlaku (jika ada)
8. Potokopi surat kepemilikan tempat/toko alkes (sewa/kontrak minimal 2 tahun).
9. Pas Foto ukuran 4x6 3 buah
10. Denah ruangan dan lokasi

Purwakarta,.....  
Pemohon,  
Materai 6000

.....

Perihal : Permohonan Izin Optik

Kepada  
Yth. Kepala Dinas Penanaman  
Modal dan Pelayanan terpadu  
Satu Pintu  
Di  
Tempat

Dengan hormat,  
Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Optik : .....  
Alamat : .....

Nama RO Penanggung Jawab:.....  
Alamat : .....  
No.Telp : .....

Nama Pemilik : .....  
Alamat : .....  
No.Telp : .....

Sesuai Permenkes No. 1 Tahun 2016 Tentang Penyelenggaraan Optikal  
Sebagai persyaratan yang harus dilengkapi :

1. Surat permohonan dari Badan Hukum/Perorangan
2. Penanggung Jawab adalah seorang Refraksionis Optisien dengan melampirkan :
  - Fotokopi ijazah RO yang dilegalisir
  - Fotokopi Surat Tanda Registrasi (STR) di dilegalisir dan masih berlaku/Surat bukti proses STR online /atau keterangan dari MTKP/MTKI
  - Fotokopi KTP yang masih berlaku
  - Fotokopi Surat Izin Praktik Refraksi Optisien yang masih berlaku sebagai penanggung jawab Optik.
  - Surat keterangan sehat dari dokter yang telah memiliki SIP
  - Pas foto ukuran 4x6 sebanyak 2 buah
3. Rekomendasi dari GAPOPIN
4. Surat pernyataan RO sebagai penanggung jawab Optik
5. Surat perjanjian kerjasama antara pemilik sarana dengan RO (Jika pemilik sarana bukan tenaga RO)
6. Surat pernyataan kerjasama dengan Laboratorium Optik (jika optik tidak memiliki Lab.optik sendiri)
7. Daftar peralatan yang dipergunakan
8. Daftar ketenagaan masing-masing melampirkan :
  - Fotokopi Ijazah yang dilegalisir
  - Fotokopi KTP yang masih berlaku
  - Pas foto ukuran 4 x 6 2 buah
9. Surat rekomendasi dari kepala Puskesmas dan surat pernyataan membina posyandu (minimal 1 posyandu/UKS) dengan diketahui ketua kader/kep.sekolah setempat
10. Denah ruangan dan denah lokasi.

Purwakarta, .....  
Pemohon,  
Materai 6000  
.....

Perihal : Permohonan Izin Tukang Gigi

Kepada  
Yth. Kepala Dinas Penanaman  
Modal dan Pelayanan terpadu Satu  
Pintu  
Di  
Tempat

Dengan hormat,  
Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap : .....  
Tempat Tgl.Lahir : .....  
Alamat : .....  
: .....  
Pendidikan : .....  
No.Telp : .....

Sesuai Permenkes No.39 Tahun 2014 Tentang Pembinaan, Pengawasan dan Perizinan, Pekerjaan Tukang Gigi. Sebagai persyaratan yang harus dilengkapi :

1. Surat permohonan
2. Fotokopi KTP yang masih berlaku
3. Surat keterangan kepala desa/lurah
4. Surat Rekomendasi dari asosiasi/organisasi tukang gigi setempat.
5. Fotokopi surat izin Tukang Gigi (**untuk perpanjangan**)
6. Surat keterangan sehat dari dokter yang telah memiliki SIP
7. Surat Rekomendasi dari Puskesmas wilayah setempat.
8. Surat pernyataan akan melaporkan kegiatan sebagai tukang gigi : jumlah pasien, jenis tindakan setiap 3 (tiga) bulan sekali ke Puskesmas setempat.
9. Pas foto ukuran 3x4 cm (berwarna) 3 lbr
10. Melampirkan daftar alat tukang gigi
11. Denah ruangan dan denah lingkungan

Purwakarta,.....  
Pemohon,  
Materai 6000

.....



Perihal : Permohonan Terdaftar Salon/Sertifikat  
Laik Hygiene Sanitasi Salon

Kepada  
Yth Kepala Dinas Penanaman  
Modal dan Pelayanan terpadu  
Satu Pintu  
Di  
Tempat

Dengan hormat,  
Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Salon : .....  
Alamat : .....  
  
Nama Pemilik : .....  
Alamat : .....  
No.Telp : .....

Sesuai Perda No.13 Tahun 2012 tentang Pengelola, Penyehatan Lingkungan Tempat Usaha,  
Industri, Sarana Kesehatan dan Pemukiman di Kab.Purwakarta.  
Sebagai persyaratan yang harus dilengkapi :

1. Surat permohonan ditujukan kepada Kepala Dinas Kesehatan dari perorangan atau Badan Usaha/Badan Hukum
2. Fotokopi Akte Notaris bila penyelenggara atas nama Badan Usaha/Badan Hukum
3. Daftar ketenagaan masing-masing melampirkan :
  - a. Fotokopi KTP yang masih berlaku
  - b. Fas foto ukuran 4 x 6 cm sebanyak 2 lembar
  - c. Foto kopi Ijazah yang dilegalisir
  - d. Fotokopi Sertifikat/Kursus yang dilegalisir
  - e. Surat keterangan Sehat dari dokter
4. Potokopi SITU dan SIUP yang masih berlaku (jika sudah memiliki)
5. Surat rekomendasi dari Kepala Puskesmas setempat
6. Daftar alat-alat kosmetik yang dipergunakan
7. Denah Ruangan dan Lokasi
8. Untuk salon yang mengadakan kursus/pendidikan agar melampirkan Surat Ijin dari Dinas Pendidikan Nasional

Purwakarta,.....  
Pemohon,  
Materai 6000

.....

Perihal : Permohonan Sertifikat Produksi Pangan Industri Rumah Tangga (SPP-IRT)

Kepada  
Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan terpadu Satu Pintu  
Di  
Tempat

Dengan hormat,  
Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap : .....  
Umur : .....  
Alamat : .....  
No.KTP : .....  
No.Telp : .....

Mengajukan permohonan untuk mendapatkan Sertifikat Produk Pangan Industri Rumah Tangga (SIPP-IRT).Sebagai dasar : untuk mendapatkan izin usaha dari pemerintah Kabupaten Purwakarta, adapun :

1. Nama jenis pangan :  
(sesuai nama jenis pangan IRT)
2. Nama Dagang :
3. Jenis Kemasan :
4. Berat bersih/isi bersih (g/mg/kg atau l/ml/kl) :
5. Komposisi :
6. Jenis Produksi :
7. Informasi tentang masa simpan (kadaluarsa) :
8. Informasi tentang kode produksi :
9. Nama, alamat, kode pos, dan no.telp IRTP :
10. Nama pemilik :
11. Nama Penanggung jawan :
12. No.Telp/Hp :

Bersama ini kami lampirkan persyaratan sebagai kelengkapan berkas permohonan sebagai berikut :

1. Surat permohonan
2. Potokopi KTP
3. Pas foto ukuran 3x4 sebanyak 3 lembar
4. Denah lokasi dan denah ruangan
5. Sample produksi
6. Label kemasan
7. Surat keterangan dari puskesmas

Purwakarta,.....  
Pemohon

.....

Perihal : Permohonan Sertifikat Laik Hygiene Sanitasi  
Perusahaan Depot Air Minum

Kepada  
Yth Kepala Dinas Penanaman  
Modal dan Pelayanan terpadu Satu  
Pintu  
Di  
Tempat

Dengan hormat,  
Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap : .....  
Umur : .....  
Alamat : .....  
No.KTP : .....  
No.Telp : .....  
Nama Perusahaan : .....  
Alamat Perusahaan : .....

Mengajukan permohonan untuk mendapatkan Sertifikat Laik Hygiene Sanitasi Perusahaan Depot Air Minum (DAM).Sebagai dasar pertimbangan kami lampirkan:

1. Potokopi KTP yang masih berlaku
2. Pas foto terbaru ukuran 3x4 dan 4x6 masing-masing sebanyak 2 lembar
3. Surat keterangan Domisili Usaha
4. Denah lokasi dan bangunan dapur
5. Potokopi sertifikat pelatihan/Kursus Hygiene Sanitasi DAM bagi pemilik dan Penjamah.
6. Surat keterangan dari Puskesmas setempat.

Demikian permohonan ini kami sampaikan, atas perhatiannya kami ucapkan terimakasih.

Purwakarta,,.....  
Pemohon

.....

Perihal : Permohonan Sertifikat Laik Hygiene Sanitasi  
Jasa Boga.

Kepada  
Yth Kepala Dinas Penanaman  
Modal dan Pelayanan terpadu Satu  
Pintu  
Di  
Tempat

Dengan hormat,  
Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap : .....  
Umur : .....  
Alamat : .....  
No.KTP : .....  
No.Telp : .....

Mengajukan permohonan untuk mendapatkan Sertifikat Laik Hygiene Sanitasi Jasa Boga. Sebagai dasar : untuk mendapatkan izin usaha dari pemerintah Kabupaten Purwakarta, adapun :

1. Fotocopy KTP
2. Pas photo terbaru ukuran 3x4 dan 4x6 masing-masing sebanyak 2 lembar
3. Fotocopy sertifikat pelatihan/kursus hygiene sanitasi bagi pemilik/pengusaha atau pernyataan mau mengikuti pelatihan.
4. Denah lokasi dan bangunan dapur
5. Surat penunjukan tenaga sanitarian/tenaga yang memiliki pengetahuan hygiene sanitasi makanan sebagai penanggung jawab jasa boga.
6. Fotocopy ijasah tenaga sanitarian/sertifikat pelatihan /kursus hygiene sanitasi
7. Surat keterangan dari Puskesmas setempat

Purwakarta,.....  
Pemohon,

.....

Perihal : Permohonan Sertifikat Laik Hygiene Sanitasi  
Rumah Makan dan Restoran.

Kepada  
Yth. Kepala Dinas Penanaman  
Modal dan Pelayanan terpadu Satu  
Pintu  
Di  
Tempat

Dengan hormat,  
Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap : .....  
Umur : .....  
Alamat : .....  
No.KTP : .....  
No.Telp : .....

Mengajukan permohonan untuk mendapatkan Sertifikat Laik Hygiene Sanitasi Rumah Makan dan Restoran. Sebagai dasar : untuk mendapatkan izin usaha dari pemerintah Kabupaten Purwakarta, adapun :

1. Fotocopy KTP
2. Denah lokasi dan denah bangunan
3. Pas photo 3x4 sebanyak 3 lembar
4. Pernyataan dan penunjukan sebagai penanggung jawab/sertifikat/piagam kursus
5. Surat keterangan dari Puskesmas setempat

Demikian permohonan kami dan atas perhatian bapak kami ucapkan terimakasih.

Purwakarta,.....  
Pemohon

.....



















































































































































































