

Kepada Yth.  
Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu  
Satu Pintu (DPMPTSP) Kabupaten Purwakarta  
di Purwakarta

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik (SIP)

Jenis Tenaga Kesehatan :

<input type="checkbox"/>	Dokter	<input type="checkbox"/>	Dokter Gigi	<input type="checkbox"/>	Perawat	<input type="checkbox"/>	Tenaga Teknis Kefarmasian
<input type="checkbox"/>	Bidan	<input type="checkbox"/>	Apoteker	<input type="checkbox"/>	Radiografer	<input type="checkbox"/>	Ahli Teknologi Laboratorium Medik
<input type="checkbox"/>	Fisioterapis	<input type="checkbox"/>	Tenaga Gizi	<input type="checkbox"/>	Penata Anestesi	<input type="checkbox"/>	Terapis Gigi dan Mulut
<input type="checkbox"/>	Perekam Medis	<input type="checkbox"/>	Tenaga Sanitarian	<input type="checkbox"/>	Refraksionis Optisien	<input type="checkbox"/>	.....

Jenis Permohonan :

<input type="checkbox"/>	Baru	<input type="checkbox"/>	Perubahan	<input type="checkbox"/>	Perpanjangan	<input type="checkbox"/>	Penggantian	<input type="checkbox"/>	Pencabutan
--------------------------	------	--------------------------	-----------	--------------------------	--------------	--------------------------	-------------	--------------------------	------------

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Tenaga Kesehatan : .....  
Tempat, Tanggal Lahir : .....  
Alamat Rumah : .....  
Desa / Kelurahan .....  
Kecamatan .....  
Kota / Kabupaten .....  
Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan )\*  
Pekerjaan : PNS / TNI / POLRI / PTT / THL / Swasta / .....)\*  
Nomor Telp./HP : .....  
Email : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk memperoleh / mencabut )\* Surat Izin Praktik sebagai berikut:

Praktik ke- : 1 / 2 / 3 )\*  
Nama Tempat Praktik : .....  
Alamat Tempat Praktik : .....  
Desa / Kelurahan .....  
Kecamatan .....  
Kabupaten Purwakarta  
Hari Praktik : .....  
Jam Praktik : .....

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan:

**Persyaratan SIP Baru:**

- Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP);
- Asli Surat Tanda Registrasi (STR) (**untuk dokter**) atau fotokopi STR yang dilegalisasi (**untuk tenaga medis selain dokter**);
- Surat pernyataan mempunyai tempat praktik (**untuk praktik mandiri**);
- Surat keterangan dari sarana kesehatan dan surat pernyataan kesediaan praktik (**untuk praktik di sarana kesehatan : RUMAH SAKIT / PUSKESMAS / KLINIK**);
- Surat rekomendasi dari organisasi profesi sesuai tempat praktik;
- Surat persetujuan dari atasan langsung bagi Tenaga Kesehatan yang bekerja pada instansi / fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah atau pada instansi / fasilitas pelayanan kesehatan lain lain secara penuh waktu;
- Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki SIP;
- Fotokopi ijazah profesi terakhir yang dilegalisasi;
- Surat rekomendasi dari Puskesmas setempat, surat pernyataan kesanggupan untuk membina 1 (satu) posyandu yang diketahui oleh Kepala Puskesmas dan ketua kader, denah ruangan dan lokasi (**untuk praktik mandiri / penanggung jawab di sarana kesehatan**);
- Fotokopi SIP yang telah dimiliki (**untuk penambahan SIP**).
- Surat Pembina Desa / RW (**Untuk Dokter Umum**)

**Persyaratan SIP Perubahan:**

- a. Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP);
- b. Asli Surat Tanda Registrasi (STR) **(untuk dokter)** atau fotokopi STR yang dilegalisasi **(untuk tenaga medis selain dokter)**;
- c. Surat pernyataan mempunyai tempat praktik **(untuk praktik mandiri)**
- d. Surat keterangan dari sarana kesehatan dan surat pernyataan kesediaan praktik **(untuk praktik di sarana kesehatan: RUMAH SAKIT / PUSKESMAS / KLINIK)**;
- e. Surat rekomendasi dari organisasi profesi sesuai tempat praktik;
- f. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi Tenaga Kesehatan yang bekerja pada instansi / fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah atau pada instansi / fasilitas pelayanan kesehatan lain lain secara purna waktu;
- g. SIP Asli.
- h. Surat Pembina Desa / RW ( *Untuk Dokter Umum* )

**Persyaratan SIP Perpanjangan:**

- a. Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP);
- b. Asli Surat Tanda Registrasi (STR) **(untuk dokter)** atau fotokopi STR yang dilegalisasi **(untuk tenaga medis selain dokter)**;
- c. Surat pernyataan mempunyai tempat praktik **(untuk praktik mandiri)**
- d. Surat keterangan dari sarana kesehatan dan surat pernyataan kesediaan praktik **(untuk praktik di sarana kesehatan : RUMAH SAKIT / PUSKESMAS / KLINIK)**;
- e. Surat rekomendasi dari organisasi profesi sesuai tempat praktik;
- f. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi Tenaga Kesehatan yang bekerja pada instansi / fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah atau pada instansi / fasilitas pelayanan kesehatan lain lain secara purna waktu;
- g. Fotokopi SIP lama.
- h. Surat Pembina Desa / RW ( *Untuk Dokter Umum* )

**Persyaratan SIP Penggantian:**

- a. Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP);
- b. Fotokopi SIP;
- c. Surat keterangan kehilangan dari Kantor Kepolisian setempat.

**Persyaratan SIP Pencabutan:**

- a. Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP);
- b. Surat rekomendasi dari organisasi profesi sesuai tempat praktik;
- c. Surat rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Purwakarta;
- d. Surat keterangan dari sarana kesehatan **(untuk praktik di sarana kesehatan)**;
- e. SIP Asli.

Demikian atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Purwakarta, .....

Pemohon,

.....

)\* Coret yang tidak perlu.

## SURAT KETERANGAN

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : .....  
Tempat, Tanggal Lahir : .....  
Alamat : .....  
Desa / Kelurahan .....  
Kecamatan .....  
Kota / Kabupaten .....  
Nomor Handphone : .....  
Email : .....

Dengan ini menerangkan bahwa saya memiliki tempat praktik sebagai berikut :

1. Nama Tempat Praktik ke-1 : .....  
Alamat Tempat Praktik : .....  
Desa / Kelurahan .....  
Kecamatan .....  
Kota / Kabupaten .....  
Hari Praktik : .....  
Jam Praktik : .....
2. Nama Tempat Praktik ke-2 : .....  
Alamat Tempat Praktik : .....  
Desa / Kelurahan .....  
Kecamatan .....  
Kota / Kabupaten .....  
Hari Praktik : .....  
Jam Praktik : .....
3. Nama Tempat Praktik ke-3 : .....  
Alamat Tempat Praktik : .....  
Desa / Kelurahan .....  
Kecamatan .....  
Kota / Kabupaten .....  
Hari Praktik : .....  
Jam Praktik : .....

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan dipergunakan sebagaimana mestinya, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terimakasih.

Purwakarta, .....  
Yang menerangkankan,

.....