

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

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik (SIP) Penyehat Tradisional

Jenis Permohonan :

Baru Perubahan Perpanjangan Penggantian 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 :

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

Nama Tempat Praktik :
Alamat Tempat Praktik :
Desa / Kelurahan
Kecamatan
Kabupaten Purwakarta
Cara/metode perawatan :
Bahan :
Alat :
Hari Praktik :
Jam Praktik :

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan:

Persyaratan SIP Baru:

- Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP);
- Surat rekomendasi dari asosiasi sejenis atau surat keterangan dari tempat kegiatan magang;
- Surat keterangan lokasi tempat praktik dari desa/kelurahan;
- Pas foto berwarna ukuran 3 x 4 sebanyak 3 lembar;
- Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki SIP;
- Surat rekomendasi dari Puskesmas setempat.

Persyaratan SIP Perubahan:

- Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP);
- Surat rekomendasi dari asosiasi sejenis atau surat keterangan dari tempat kegiatan magang (*untuk perubahan cara/metode perawatan*);
- Surat keterangan lokasi tempat praktik dari desa/kelurahan (*untuk perubahan lokasi*);
- Pas foto berwarna ukuran 3 x 4 sebanyak 3 lembar;
- Surat rekomendasi dari Puskesmas setempat (*untuk perubahan lokasi*);
- SIP Asli.

Persyaratan SIP Perpanjangan:

- Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP);
- Pas foto berwarna ukuran 3 x 4 sebanyak 3 lembar;
- Fotokopi SIP lama;
- Fotokopi Sertifikat Rekognisi Pembelajaran Lampau (RPL) atau Ijazah Diploma 3 yang sesuai.

Persyaratan SIP Penggantian:

- a. Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP);
- b. Fotokopi SIP;
- c. Pas foto berwarna ukuran 3 x 4 sebanyak 3 lembar;
- d. Surat keterangan kehilangan dari Kantor Kepolisian setempat.

Persyaratan SIP Pencabutan:

- a. Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP);
- b. Surat rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Purwakarta;
- c. SIP Asli.

Demikian atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Purwakarta,

Pemohon,

.....

)* Coret yang tidak perlu.