



SURAT IZIN PRAKTIK TERAPIS GIGI DAN MULUT (SIPTGM)

No	Persyaratan
1	Mengisi formulir permohonan perizinan kepada Bupati Kotawaringin Barat cq. Kepala DPMPTSP (baru / perpanjangan)
2	Fotokopi KTP pemohon
3	Fotokopi ijazah yang dilegalisasi
4	Fotokopi STRTGM
5	Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki surat izin praktik
6	Surat pernyataan memiliki tempat praktik
7	Rekomendasi dari Organisasi Profesi
8	SIPTGM yang masih berlaku (perpanjangan)
9	Rekomendasi dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat (baru / perpanjangan)
10	Pas foto berwarna terbaru ukuran 4X6 cm sebanyak 3 (tiga) lembar (baru / perpanjangan)
11	Surat Kuasa (jika dikuasakan) (baru / perpanjangan)