



SURAT IZIN PRAKTIK (SIP) DOKTER/DOKTER GIGI

No	Persyaratan
1	Mengisi formulir permohonan perizinan kepada Bupati Kotawaringin Barat cq. Kepala DPMPTSP (baru / perpanjangan)
2	Fotokopi KTP pemohon (baru / perpanjangan)
3	Fotokopi STR yang diterbitkan dan dilegalisasi asli oleh KKI
4	Surat pernyataan mempunyai tempat praktik, atau surat keterangan dari fasilitas pelayanan kesehatan sebagai tempat praktiknya
5	Surat Persetujuan/penolakan dari atasan langsung bagi Dokter dan Dokter Gigi yang bekerja pada instansi/fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah atau pada instansi/fasilitas pelayanan kesehatan lain secara purna waktu
6	Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi, sesuai tempat praktik
7	SIP Dokter/Dokter Gigi yang masih berlaku (perpanjangan)
8	Surat Kuasa (jika dikuasakan) (baru / perpanjangan)
9	Rekomendasi dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat (baru / perpanjangan)
10	Pas foto berwarna ukuran 4x6 sebanyak 3 (tiga) lembardan 3x4 sebanyak 2 (dua) lembar (baru / perpanjangan)