|  |
| --- |
|  |

 Kepada

 Yth.Bupati Kotawaringin Barat

 u.p. Kepala Dinas Penanaman Modal dan PTSP Kabupaten Kotawaringin Barat

 di-

 Pangkalan Bun

**Perihal : Permohonan Surat Izin Kerja Perawat (SIKP)/**

 **Surat Izin Praktik Perawat (SIPP)**

Dengan hormat,

Yang bertanda-tangan dibawah ini :

Nama lengkap : .................................................................................................

Alamat : .................................................................................................

 ................................................................................................

Tempat, tanggal lahir : .................................................................................................

Jenis Kelamin : .................................................................................................

Tahun Lulusan : .................................................................................................

No telp/HP : ...................................................................................................

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Kerja Perawat (SIKP) / Surat Izin Praktik Perawat (SIPP) pada :..............................................................................

Alamat..................................................................................................................................

(sebut nama fasilitas pelayanan kesehatan dan alamat)

Sebagai bahan pertimbangan terlampir :

1. Fotokopi Ijazah
2. Fotokopi STR yang masih berlaku dan dilegalisasi
3. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik
4. Surat keterangan dari pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan diluar praktik mandiri (Aktif Kerja)
5. Surat pernyataan memiliki tempat praktik mandiri
6. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4 X 6 cm sebanyak 4 (empat) lembar
7. Rekomendasi dari kepala dinas kesehatan kabupaten/kota atau pejabat yang ditunjuk
8. Rekomendasi dari organisasi profesi
9. Fotokopi KTP (bila alamat tempat tinggal sekarang berbeda dengan KTP lampirkan keterangan domisili dari kelurahan)
10. Surat Rekomendasi dari kepala/pimpinan puskesmas wilayah tempat praktik
11. Surat ketidakberatan dari atasan langsung bagi yang bekerja pada instansi/fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah atau pada instansi/fasilitas pelayanan kesehatan lain secara purna waktu
12. Fotokopi NPWP (bila ada)
13. Rangkap 2

Demikian permohonan ini kami sampaikan atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

......................., .....................................

Yang memohon,

Materai 10000/

 Materai 6000X2

...........................................