|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

 Kepada

 Yth.Bupati Kotawaringin Barat

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

 di-

 Pangkalan Bun

**Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik Bidan (SIPB)**

Dengan hormat,

Yang bertanda-tangan dibawah ini :

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

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

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

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

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

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

Nomor STRB : ...................................................................................................

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

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Bidan (SIPB) pada ..................................................................................................................................

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

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

(sebut nama fasilitas pelayanan kesehatan atau tempat praktik dan alamat)

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan :

1. Fotokopi Ijazah
2. Fotokopi STRB yang masih berlaku dan dilegalisasi asli
3. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki surat izin praktik
4. Surat pernyataan memiliki tempat praktik
5. Surat keterangan dari pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tempat bidan akan berpraktik (Aktif Kerja)
6. Pas foto terbaru dan berwarna dengan ukuran 4 x 6 cm sebanyak 4 (empat) lembar
7. Rekomendasi dari kepala dinas kesehatan kabupaten/kota setempat 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. Fotocopy NPWP (bila ada)
12. Rangkap 2

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

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

Yang memohon,

Materai 10000/

 Materai 6000X2

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