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

 Kepada

 Yth.Bupati Kotawaringin Barat

 u.p. Kepala Dinas Penanaman Modal dan

 PTSP Kabupaten Kotawaringin Barat

 di-

 Pangkalan Bun

**Perihal : Permohonan Surat Izin Kerja Fisioterapis (SIKF)/**

 **Surat Izin Praktik Fisioterapis (SIPF)**

Dengan hormat,

Yang bertanda-tangan dibawah ini :

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

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

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

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

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

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

Nomor STRF : .................................................................................................

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

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Kerja Fisioterapis (SIKF)/Surat Izin Praktik Fisioterapis (SIPF) pada :

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

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

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

(sebut nama sarana kesehatan atau tempat praktik, dan alamat)

Sebagai bahan pertimbanganbersama ini terlampir :

1. Fotokopi Ijazah yang dilegalisir
2. Fotokopi STRF
3. Surat Keterangan sehat dari dokter yang mempunyai Surat Izin Praktik
4. Surat pernyataan memiliki tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan (Aktif Kerja)
5. Surat pernyataan memiliki tempat praktik pelayanan fisioterapi secara mandiri
6. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4 X 6 cm sebanyak 4 (empat) lembar berlatar belakang merah
7. Rekomendasi dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau pejabat yang ditunjuk (tidak diperlukan apabila izin dikeluarkan dinas kesehatan)
8. Rekomendasi dari IFI
9. SIPF atau SIKF pertama (untuk permohonan SIPF atau SIKF yang kedua)
10. Fotokopi KTP (bila alamat tempat tinggal sekarang berbeda dengan KTP lampirkan keterangan domisili dari kelurahan)
11. Fotokopi NPWP (bila ada)
12. Rangkap 2

Demikian permohonan ini kami sampaikan atas perhatiannyadiucapkan terima kasih.

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

Yang memohon,

Materai 10000/

 Materai 6000X2

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