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

Kepada

Yth.Bupati Kotawaringin Barat

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

di-

Pangkalan Bun

**Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik**

**Terapis Gigi dan Mulut (SIPTGM)**

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 Praktik Terapis Gigi dan Mulut (SIPTGM) pada :........................................................................................................

Alamat lengkap...........................................................................................................................

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

(sebut nama fasilitas pelayanan kesehatan, alamat, nama kota, kabupaten/kota) sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 20 Tahun 2016 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Terapis Gigi dan Mulut.

Sebagai bahan pertimbanganbersama ini kami lampirkan :

1. Fotokopi Ijazah yang disahkan oleh pimpinan penyelenggara pendidikan
2. Fotokopi STRTGM yang masih berlaku
3. Surat Keterangan sehat dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik
4. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4 X 6 sebanyak 4 (empat) lembar
5. Surat Keterangan dari pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan atau yang menyatakan masih bekerja pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang bersangkutan (Aktif Kerja)
6. Rekomendasi dari kepala dinas kesehatan kabupaten/kota atau pejabat yang ditunjuk
7. Rekomendasi dari Organisasi Profesi
8. Fotokopi KTP (bila alamat tempat tinggal sekarang berbeda dengan KTP lampirkan keterangan domisili dari kelurahan)
9. Fotokopi NPWP (bila ada)
10. Rangkap 2

Demikian permohonan ini kami sampaikan atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

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

Yang memohon,

Materai 10000/

Materai 6000X2

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