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

Kepada

Yth.Bupati Kotawaringin Barat

u.p. Kepala Dinas Penanaman Modal dan

PTSP Kabupaten Kotawaringin Barat

di-

Pangkalan Bun

**Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik**

**Penata Anestesi (SIPPA)**

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap : .........................................................................................................

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

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

Tempat/Tanggal Lahir : .........................................................................................................

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

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

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

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Penata Anestesi pada .........................................................................................................................................

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

(sebut nama fasilitaspelayanansarana kesehatan, alamat, nama kota, kabupaten/kota) sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor18 Tahun 2016 tentang IzindanPenyelenggaraan PraktikPenata Anestesi.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Fotokopi ijazah Diploma III Keperawatan Anestesi yang disahkan oleh pimpinan penyelenggara pendidikan;
2. Fotokopi STRPA yang masih berlaku;
3. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik;
4. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4 x 6 cm sebanyak 4 (empat) lembar berlatar belakang merah
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 IPAI;
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 atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

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

Yang memohon,

Materai 10000/

Materai 6000X2

(..............................................)