

IDENTITAS FASILITAS KESEHATAN (TEMPAT PRAKTEK)

Nama Tempat Praktik:

Alamat Tempat Praktik:

No Telepon:

Email:

IDENTITAS PEMOHON

NIK:

Nama Pemohon:

Kecamatan :

Kotabunan

Kelurahan :

Buyat Barat

Tempat Lahir:

Tanggal Lahir:

mm/dd/yyyy

Jenis Kelamin:

☐ Laki-laki

☐ Perempuan

Alamat Lengkap:

No HP Pemohon:

Email Pemohon:

Pendidikan Terakhir:

SD

DATA DETAIL PERMOHONAN

No STR:

Masa Berlaku STR:

mm/dd/yyyy

No Rekomendasi:

Tanggal Rekomendasi:

mm/dd/yyyy

DETAIL PRAKTIK MANDIRI (Diisi jika permohonan praktik mandiri)

Permohonan SIP Ke:

Jenis SIP:

Ketersediaan Ruang Tunggu:

Ada

Ketersediaan Ruang Pemeriksaan:

Ada

Ketersediaan Ruang Persalinan:

Ada

Ketersediaan Ruang Rawat Inap:

Ada

Ketersediaan WC:

Ada

Ketersediaan RPPI:

Ada

 Kembali

Kirim Pengajuan

DPMPTSP KAB. BOLAANG
MONGONDOW TIMUR

Jln. Trans Sulawesi Lingkar Selatan. Kabupaten Bolaang Mongondow
Timur, Provinsi: Sulawesi Utara

No. Telp: 123123321 | E-mail: support@dpmptsp-boltim.com

