

Nomor Registrasi * : 503/...../DPMPTSP/...../20
Baru * :
Perpanjangan :

Lampiran : Satu Rangkap
Perihal : Permohonan Izin Praktek Dokter Specialist

Kepada
Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal dan
Pelayanan Terpadu Satu Pintu Tenaga
Kabupaten Konawe Kepulauan
Di-
Langara

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Lengkap :
Tempat / Tanggal Lahir :
Jenis Kelamin :
Alamat Rumah :
E-mail :
No. Telepon / HP :

Tempat Bekerja :
Alamat Tempat Bekerja :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktek Dokter.

Sebagai bahan pertimbangan, terlampir kami sertakan:

1. Foto Copy Ijazah Terakhir;
2. Foto Copy STR yang masih berlaku;
3. Foto Copy KTP yang masih berlaku;
4. Foto Copy NPWP
5. Surat rekomendasi dinkes
6. Surat Keterangan Berbadan Sehat dari Dokter;
7. Fc. Sertifikat Kompetensi;
8. Rekomendasi dari Organisasi Profesi;
9. Fc. Surat Keterangan Aktif menjalankan tugas dari Direktur Rumah Sakit / Kepala Puskesmas bagi yang bekerja di Rumah Sakit atau Puskesmas;
10. Denah Lokasi Praktek;
11. Pas Foto ukuran 3 X 4 cm sebanyak 2 Lembar
12. Materai 2 lembar

Demikian permohonan ini, atas perhatian dan persetujuannya kami ucapkan terima kasih.

Langara,20
Pemohon

.....
Keterangan:

- Semua persyaratan tersebut kami masukkan dalam Map snelhecter dan dibuat 2 rangkap.

