KERTAS KENDALI SURAT IZIN PRAKTIK (SIP) DOKTER

Nomor :................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Front Office** | **Keterangan** | **Paraf Penerima** |
| Persyaratan :   1. Fotokopi KTP . 2. Fotokopi STR. 3. Fotocopy Ijasah Legalisir. 4. Surat Keterangan Sehat Fisik dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik. 5. Surat Pernyataan memiliki Tempat Praktik dari Pemohon. 6. Surat persetujuan atasan langsung bagi Dokter dan Dokter Gigi yang bekerja pada instansi/fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah atau pada instansi / fasilitas pelayanan kesehatan lain secara purna waktu. 7. Pas Foto berwarna 4x6 cm sebanyak 3 (tiga) lembar. 8. Rekomendasi dari Organisasi   Profesi.   * Pendaftaran * Menerima dan Pemeriksaan Berkas * Tanda Terima Berkas | Diterima tanggal :............................  Diselesaikan tanggal :...................... |  |
| **Back Office / Operator** | **Keterangan** | **Paraf Penerima** |
| * Entri Data | Diselesaikan tanggal :...................... |  |
| **Back Office / Staf Teknis** | **Keterangan** | **Paraf Penerima** |
| * Penetapan izin | Diselesaikan tanggal :...................... |  |
| **Back Office / Operator** | **Keterangan** | **Paraf** |
| * Pemberian Nomor * Cetak izin | Diselesaikan tanggal :.......................... |  |
| **Penandatanganan / Paraf Dokumen** | **Keterangan** | **Paraf** |
| **Diselesaikan** |
| Kepala Seksi | Tanggal :........................... |  |
| Kepala Bidang | Tanggal :........................... |  |
| Kepala Dinas | Tanggal :........................... |  |
| **Front Office** | **Keterangan** | **Paraf Penerima** |
|  | Diserahkan ke :............................  Tanggal :............................ |  |