

Kepada
Yth. Kepala Dinas Kesehatan
Kota Semarang
Jl. Pandanaran No. 79 SEMARANG

Dengan hormat,
Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
Tempat/tanggal Lahir :
Jenis Kelamin :
Pekerjaan :
Pendidikan Dokter Umum : FK. Tahun :
Alamat Rumah :
No.Hp / telp. :
Email :
No.STR :

Dengan ini saya mengajukan permohonan/perpanjangan/Tambahan SIP, dengan alamat :

1. Nama Sarana :
Alamat :
Kelurahan :
Kecamatan :
Hari/Jam :

2. Nama Sarana :
Alamat :
Kelurahan :
Kecamatan :
Hari/Jam :

3. Nama Sarana :
Alamat :
Kelurahan :
Kecamatan :
Hari/Jam :

sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Fotocopy STR yang dilegalisir asli (sejumlah tempat praktek)
2. Fotocopy KTP.
3. Fotocopy SK terakhir.
4. Surat Persetujuan dari Atasan (Dekan/Direktur RS/Kepala DKK/Kepala Instansi)
5. Surat Keterangan Sehat.
6. Pasfoto terbaru berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 6 lembar
7. Surat Rekomendasi IDI Cabang Semarang.
8. Surat Keterangan Praktek bila praktek di RS/Klinik/Apotik.
9. Fotocopy Ijin Klinik / Apotik
10. Surat Pernyataan bermeterai, bila praktek di Apotik / swasta perorangan.
11. SIP asli yang habis masa berlaku untuk perpanjangan SIP.
12. Copy SIP yang sdh terbit apabila tambahan SIP.
13. Copy Ijasah / sertifikat gelar tambahan (M.Kes., Msi.Med dll)
14. Semua persyaratan rangkap 2

Atas perhatian dan terkabulnya permohonan ini, disampaikan terima kasih.

Semarang,
Pemohon