

**Perihal : Permohonan/Perpanjangan/Tambahan
SIP Dokter Spesialis.**

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

Dengan hormat,
Yang bertanda tangan dibawah ini :

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

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

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

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

3. 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. Surat Rekomendasi dari Perhimpunan Dokter Spesialis
12. SIP asli yang habis masa berlaku untuk perpanjangan SIP.
13. Copy SIP yang sdh terbit apabila tambahan SIP.
14. Copy Ijasah / sertifikat gelar tambahan (M.Kes., Msi.Med, MKTV dll)
15. Semua persyaratan rangkap 2

Atas perhatian dan tercabulnya permohonan ini, disampaikan terima kasih.

Semarang,
Pemohon