Kepala Yth,
Kepala Dinas Kesehatan
Kota Lhokseumawe
di
Tempat

Perihal : Permohonan Rekomendasi SIP Dokter

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap :.....
Alamat : .....
Tempat / Tgl Lahir : .....
Tahun Lulusan : .....
No. STR dan berlaku s.d : .....
HP : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Rekomendasi Surat Izin Praktek (SIP) dokter, dengan alamat tempat praktik di.....

Surat Izin Praktik yang sudah dikeluarkan :

1. Tempat Praktik : .....
   Alamat : .....
2. Tempat Praktik : .....
   Alamat : .....
3. Tempat Praktik : .....
   Alamat : .....

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini turut dilampirkan :

a. Fotocopi STR dilegalisir yang masih berlaku
b. Surat pernyataan mempunyai tempat praktik atau surat keterangan dari fasilitas pelayanan kesehatan sebagai tempat praktik
c. Surat rekomendasi dari Organisasi Profesi, sesuai tempat praktik
d. Pasphoto berwarna ukuran 4X6 sebanyak 3 Lembar dan 3X4 sebanyak 2 Lembar
e. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi dokter dan dokter gigi yang bekerja pada instansi / fasilitas kesehatan pemerintah atau pada instansi / fasilitas kesehatan lain secara purna waktu

Demikian atas perhatian bapak / ibu kami ucapkan terima kasih.

Lhokseumawe, .....

Pemohon,

Materai
10Rb

(.....)