

Kepada :

Yth. Bapak Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Rokan Hulu
Di –

Pasir pengaraian

Perihal : **Permohonan**

Izin Praktek Terapis Gigi dan Mulut (SIPTGM)

Dengan hormat,

Mengacu Kepada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 58 Tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perawat Gigi, serta Peraturan Daerah Kabupaten Rokan Hulu Nomor : 36 Tahun 2020 pada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Rokan Hulu , maka yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
T.T.Lahir :
Pekerjaan :
Alamat :
Nomor STRPG :
No.Telp / HP :
Alamat Praktik :
Alamat Email :

Mengajukan permohonan kepada Bapak untuk memperoleh Izin Praktek / Izin Kerja Perawat Gigi sebagai kelengkapan syarat bersama ini saya lampirkan :

1. Fotocopy ijazah yang dilegalisir
2. Fotocopy sertifikat kompetensi perawat gigi
3. Fotocopy STRPG
4. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik
5. Surat pernyataan memiliki tempat kerja difasilitas pelayanan kesehatan atau tempat Pratik
6. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4X6 dan 3X4 cm sebanyak 3 (tiga) lembar
7. Rekomendasi dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten
8. Rekomendasi dari organisasi propesi
9. Denah
10. Rekomendasi Puskesmas
11. Berkas dalam soft dan hard
12. FC. NPWP

Demikian permohonan ini saya sampaikan dengan sebenarnya, dan untuk itu kami bersedia memenuhi semua peraturan yang ditetapkan dan apabila dikemudian hari ternyata keterangan dan atau data yang kami sampaikan tidak benar, maka kami bersedia menerima berupa pencabutan Izin Praktek / Izin Kerja Perawat Gigi yang telah diterbitkan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Saya yang bermohon,

Matra
10000

(_____)