

FORMULIR IZIN PRAKTEK KETEKNISAN MEDIS



Kepada
Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal dan
Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Kota Tidore Kepulauan
di
Tidore

Dengan Hormat,

Dengan ini kami mengajukan permohonan izin untuk mendapatkan Izin Tenaga Perekam Medis Dan Informasi Kesehatan*/ Teknik Kardiovaskuler*/ Pelayanan Darah*/ Refraksionis Optisien atau Optometris*/ Gigi/ Anastesi*/ Terapi Gigi Dan Mulut*/ Audiologis* (coret yang tidak perlu***)

Nama :
NIK :
Alamat Lengkap :
Tempat Paraktek :
Alamat Praktek :
No. Telp/HP Whatsapp :
Email :

Untuk melengkapi permohonan ini kami lampirkan bahan-bahan sebagai berikut :

1. Nomor Induk Kependudukan (NIK);
2. Surat pernyataan domisili yang disahkan oleh desa setempat (bagi yang alamat NIK tidak sesuai dengan alamat tempat tinggal);
3. STR yang masih berlaku;
4. Ijazah;
5. Surat pernyataan pimpinan tempat pemohon melaksanakan pekerjaan kefarmasian;
6. Surat persetujuan dari atasan langsung;
7. Surat Keterangan Sehat dari Dokter yang memiliki Surat Izin Praktik;
8. Surat rekomendasi dari organisasi profesi;
9. Pasfoto berwarna ukuran 4 x 6 (dengan format jpeg); dan
10. Surat izin Kesatu (untuk pengajuan), Surat Izin Kesatu dan Kedua (untuk pengajuan Ketiga)

Demikian permohonan ini saya buat dengan sesungguhnya apabila tidak sesuai, saya bersedia di tuntut sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Tidore,

Pemohon



081242258229/082134692332



dpmpsp tidore