



**PEMERINTAH KABUPATEN PANGKAJENE DAN KEPULAUAN**  
**DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**

Jalan Sultan Hasanuddin Nomor 40 Pangkajene Telp.(0410) 22008 KP. 90611

**PERMOHONAN SURAT IZIN PRAKTEK DOKTER INTERNSHIP**

Kepada Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan  
Terpadu Satu Pintu  
Kabupaten Pangkep  
di -  
Pangkajene

Yang bertanda tangan di bawah ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktek Dokter Internship\* sebagaimana dimaksud dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 7 Tahun 2022 tentang Penyelenggaraan Program Internship Dokter dan Dokter Gigi.

Nomor KTP	:	
Nama Lengkap	:	
Alamat Rumah	:	
Nomor Telp/HP	:	
Tempat/Tgl Lahir	:	
Jenis Kelamin	:	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Permohonan Izin		<input type="checkbox"/> Baru <input type="checkbox"/> Perpanjangan <input type="checkbox"/> Perubahan
Tempat Bekerja	:	
Alamat Praktik	:	
Nomor STRP	:	
STRP Berlaku s/d	:	
Email	:	
Kode Pos	:	

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini dilampirkan :

1. Surat Permohonan bermaterai 10000 (1 Lembar);
2. Foto Copy KTP pemohon (2 Lembar);
3. Pas Foto Berwarna ukuran 4 x 6 (4 Lembar);
4. Bagi permohonan perpanjangan melampirkan dokumen izin yang lama;
5. Melampirkan Pemenuhan SKP bagi permohonan Perpanjangan
6. Persyaratan untuk mendapatkan Rekomendasi dari Dinas Kesehatan antara lain :
  - a. Surat Keterangan berbadan sehat;
  - b. Foto Copy STRP

Syarat tersebut akan diverifikasi oleh Bidang Sumber Daya Kesehatan  
Demikian Permohonan ini diajukan dan atas Persetujuannya diucapkan terima kasih.

.....  
Pemohon,

materai  
10000