



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 PRAKTIK FISIOTERAPI

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 Praktik Fisioterapi* sebagaimana dimaksud dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 80 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan dan Praktik Fisioterapi

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	:	
Tempat Praktik	:	
Alamat Praktik	:	
Nomor STR	:	
STRP Berlaku s/d	:	
Nomor Rekomendasi IFI	:	
Email	:	
Kode Pos	:	

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini dilampirkan :

- 1 Surat Permohonan Bermaterai 10000 (1 Lembar);
- 2 Fotocopy KTP Pemohon (2 Lembar);
- 3 Pasfoto warna 4 x 6 (4 Lembar);
- 4 Bagi permohonan perpanjangan melampirkan dokumen izin yang lama
- 5 Melampirkan Pemenuhan SKP bagi permohonan Perpanjangan
- 6 Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab. Pangkep
Persyaratan untuk mendapatkan rekomendasi dari Dinas Kesehatan antara lain :
 - a. Surat Keterangan Berbadan Sehat
 - b. Fotocopy STRF

Syarat tersebut akan di verifikasi oleh Bidang Sumber Daya Kesehatan
Demikian permohonan ini diajukan dan atas persetujuannya diucapkan terima kasih.

.....
P e m o h o n
.....

MATERAI
10000

)*coret yang tidak perlu