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 PERAWAT (SIPP) MANDIRI

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 (SIPP) Perawat mandiri sebagaimana dimaksud dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1239/MENKES/SK/XI/2001 tentang Registrasi dan Praktik Perawat

Nomor KTP	:	
Nama Lengkap	:	
Alamat Rumah	:	
Nomor Telp/HP	:	
Tempat/Tgl Lahir	:	
Jenis Kelamin	:	☐ Laki-laki ☐ Perempuan
Pekerjaan Sekarang	:	
Permohonan Izin		☐ Baru ☐ Perpanjangan ☐ Perubahan
Alamat Tempat Bekerja	:	
Alamat Tempat 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 Setempat (2 Lembar);
3. Foto Copy IMB (2 Lembar);
4. Foto Copy STR;
5. Pas Foto Berwarna ukuran 4 x 6 (4 Lembar);
6. Foto Copy NIB (OSS)
7. Bagi permohonan perpanjangan melampirkan dokumen izin yang lama
8. Melampirkan Pemenuhan SKP bagi permohonan Perpanjangan
9. Foto Copy PBB Yang Telah Lunas;
10. Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab. Pangkep
    Persyaratan untuk mendapatkan Rekomendasi dari Dinas Kesehatan antara lain
    a. Surat Keterangan berbadan sehat
    b. Foto Copy STRP
    c. Foto Copy SIKP
    d. Surat Izin Atasan bagi PNS, Anggota ABRI dan Karyawan Instansi Pemerintah
    e. Surat pernyataan taat pada Peraturan yang berlaku dan hanya melakuklan pelayanan Perawatan

Syarat tersebut akan diverifikasi oleh Bidang Bina Pelayanan Kesehatan (Seksi POM dan Farmasi)
Demikian Permohonan ini diajukan dan atas Persetujuannya diucapkan terima kasih.

....., ...

Pemohon,

materai
10000

_____