

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik
Akupunktur Terapis (SIPAT)

Yth.
Kepala DPMPTSP Kabupaten
Banyumas
di
Purwokerto

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap :
Alamat :
Tempat/Tanggal Lahir :
Jenis Kelamin :
Tahun Lulusan :
Nomor STRAT :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Akupunktur Terapis (SIPAT) pada
(sebut nama fasilitas pelayanan kesehatan atau tempat praktik dan alamat) sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Akupunktur Terapis.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan:

- a. Surat Permohonan
- b. Fotocopy KTP Pemohon
- c. Fotocopy Ijasah terakhir tenaga kesehatan yang dilegalisasi oleh pejabat yang berwenang
- d. Fotocopy Surat Tanda Registrasi (STR) yang dilegalisasi oleh pejabat yang berwenang
- e. Rekomendasi dari Organisasi Profesi Asli
- f. Surat Keterangan sehat dari dokter yang memiliki SIP (asli)
- g. Surat Keterangan Bekerja dari tempat praktik (Asli)
- h. Fotocopy SIP Ke-1 untuk pengajuan SIP Ke-2
- i. SIP Lama (Asli)
- j. Foto berwarna ukuran 4 x 6 dengan latar belakang warna merah sebanyak 4 (empat) Lembar

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

Purwokerto,.....

Yang memohon,

.....