

Perihal : Permohonan Perubahan Surat  
Izin Kerja (SIK).....

Kepada  
Yth. Kepala Tenaga Kerja, Penanaman  
Modal dan Pelayanan Terpadu Satu  
Pintu  
di

MALANG

Dengan hormat,

Yang bertandatangan dibawah ini,

Nama lengkap : .....  
Tempat, tanggal lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Lulusan : .....  
Tahun Lulusan : .....  
No. Registrasi : .....  
Alamat Rumah : .....  
Tempat Kerja : .....

**Dengan ini mengajukan permohonan perubahan Surat Izin Kerja,**

Dari : .....  
Ke : .....  
Keterangan/alasan : .....

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4 x 6 sebanyak 1 (satu) lembar ;
- b. Surat Keterangan dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan ;
- c. Asli Surat Izin Kerja lama (yang diganti).

Demikian atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Malang, .....

Pemohon,

.....

Perihal : Permohonan Surat Ijin Kerja  
(SIK) Radiografer

Kepada  
Yth. Kepala Tenaga Kerja, Penanaman  
Modal dan Pelayanan Terpadu Satu  
Pintu  
di

MALANG

Dengan hormat,

Yang bertandatangan dibawah ini,

Nama lengkap : .....  
Tempat, tanggal lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Lulusan : .....  
Tahun Lulusan : .....  
No. SIR : .....  
Alamat Rumah : .....  
Tempat Kerja : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Ijin Kerja pada,

Nama Sarana : .....  
Alamat : .....  
Telp. : .....

sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 357/MENKES/PER/V/2006 tentang Registrasi dan Izin Kerja Radiografer.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. Fotokopi KTP yang masih berlaku ;
- b. Fotokopi SIR yang masih berlaku dan dilegalisir;
- c. Fotokopi ijazah Radiografer yang disahkan oleh pimpinan penyelenggara pendidikan Radiografer ;
- d. Surat keterangan sehat dan tidak buta warna dari dokter yang memiliki SIP ;
- e. Pas foto terbaru ukuran 4 x 6 sebanyak 2 (dua) lembar ;
- f. Surat Keterangan dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan ;
- g. Surat rekomendasi dari organisasi profesi.

Demikian atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Malang, .....

Pemohon,

.....

Perihal : Permohonan Surat Izin Kerja  
Tenaga Gizi (SIKTGz) / Surat  
Izin Praktik Tenaga Gizi  
(SIPTGz)

Kepada  
Yth. Kepala Tenaga Kerja, Penanaman  
Modal dan Pelayanan Terpadu Satu  
Pintu  
di

MALANG

Dengan hormat,

Yang bertandatangan dibawah ini,

Nama lengkap : .....  
Tempat, tanggal lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Lulusan : .....  
Tahun Lulusan : .....  
No. STR : .....  
Alamat Rumah : .....  
Tempat Kerja : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan SIKTGz atau SIPTGz pada,

Nama Sarana / Praktik : .....  
Alamat : .....  
Telp. : .....

sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan  
Pekerjaan dan Praktik Tenaga Gizi.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. Fotokopi KTP yang masih berlaku ;
- b. Fotokopi ijasah yang dilegalisir ;
- c. Fotokopi STRTGz yang masih berlaku dan dilegalisir ;
- d. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki SIP ;
- e. Pas foto terbaru ukuran 4 x 6 sebanyak 3 (tiga) lembar berlatar belakang merah;
- f. Surat Keterangan dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan atau surat pernyataan memiliki tempat praktik;
- g. Surat rekomendasi dari organisasi profesi ;
- h. SIPTGz atau SIKTGz pertama/kedua (untuk permohonan SIPTGz atau SIKTGz yang kedua/ketiga)

Demikian atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Malang, .....

Pemohon,

.....

Perihal : Permohonan Surat Izin Kerja  
Tenaga Sanitarian (SIKTS)

Kepada  
Yth. Kepala Tenaga Kerja, Penanaman  
Modal dan Pelayanan Terpadu Satu  
Pintu  
di

MALANG

Dengan hormat,

Yang bertandatangan dibawah ini,

Nama lengkap : .....  
Tempat, tanggal lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Lulusan : .....  
Tahun Lulusan : .....  
No. STRTS : .....  
Alamat Rumah : .....  
Tempat Kerja : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan SIKTS pada,

Nama Sarana : .....  
Alamat : .....  
Telp. : .....

sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 32 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Tenaga Sanitarian.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. Fotokopi KTP yang masih berlaku ;
- b. Fotokopi ijasah yang dilegalisir ;
- c. Fotokopi STRTS yang masih berlaku dan dilegalisir ;
- d. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki SIP ;
- e. Pas foto terbaru ukuran 4 x 6 sebanyak 3 (tiga) lembar berlatar belakang merah;
- f. Surat Keterangan dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan ;
- g. Surat rekomendasi dari organisasi profesi (HAKLI);
- h. SIKTS pertama (untuk permohonan SIKTS yang kedua)

Demikian atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Malang, .....

Pemohon,

.....

Perihal : Permohonan Surat Izin Kerja  
Okupasi Terapis (SIKOT) /  
Surat Izin Praktik Okupasi  
Terapis (SIPOT)

Kepada  
Yth. Kepala Tenaga Kerja, Penanaman  
Modal dan Pelayanan Terpadu Satu  
Pintu  
di

MALANG

Dengan hormat,

Yang bertandatangan dibawah ini,

Nama lengkap : .....  
Tempat, tanggal lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Lulusan : .....  
Tahun Lulusan : .....  
No. STROT : .....  
Alamat Rumah : .....  
Tempat Kerja : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan SIKOT atau SIPOT pada,

Nama Sarana / Praktik : .....  
Alamat : .....  
Telp. : .....

sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Okupasi Terapis.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. Fotokopi KTP yang masih berlaku ;
- b. Fotokopi ijasah yang dilegalisir ;
- c. Fotokopi STROT yang masih berlaku dan dilegalisir ;
- d. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki SIP ;
- e. Pas foto terbaru ukuran 4 x 6 sebanyak 3 (tiga) lembar berlatar belakang merah;
- f. Surat Keterangan dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan atau surat pernyataan memiliki tempat praktik;
- g. Surat rekomendasi dari organisasi profesi (IOTI);
- h. SIKOT atau SIPOT pertama/kedua (untuk permohonan SIKOT atau SIPOT yang kedua/ketiga)

Demikian atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Malang, .....

Pemohon,

.....

Perihal : Permohonan Surat Izin Kerja  
Teknisi Gigi (SIKTG)

Kepada  
Yth. Kepala Tenaga Kerja, Penanaman  
Modal dan Pelayanan Terpadu Satu  
Pintu  
di

MALANG

Dengan hormat,

Yang bertandatangan dibawah ini,

Nama lengkap : .....  
Tempat, tanggal lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Lulusan : .....  
Tahun Lulusan : .....  
No. STRTG : .....  
Alamat Rumah : .....  
Tempat Kerja : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan SIKTG pada,

Nama Sarana / Praktik : .....  
Alamat : .....  
Telp. : .....

sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 54 Tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Teknisi Gigi.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. Fotokopi KTP yang masih berlaku ;
- b. Fotokopi ijazah teknisi gigi;
- c. Fotokopi sertifikat kompetensi
- d. Fotokopi STRTG yang masih berlaku dan dilegalisir ;
- e. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki SIP ;
- f. Pas foto terbaru ukuran 4 x 6 sebanyak 3 (tiga) lembar;
- g. Surat Keterangan dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan atau surat pernyataan memiliki tempat praktik;
- h. Surat rekomendasi dari organisasi profesi (PTGI);

Demikian atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Malang, .....

Pemohon,

.....

Perihal : Permohonan Surat Izin Kerja  
Ortotis Prostetis (SIKOP) /  
Surat Izin Praktik Ortotis  
Prostetis (SIPOP)

Kepada  
Yth. Kepala Tenaga Kerja, Penanaman  
Modal dan Pelayanan Terpadu Satu  
Pintu  
di

MALANG

Dengan hormat,

Yang bertandatangan dibawah ini,

Nama lengkap : .....  
Tempat, tanggal lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Lulusan : .....  
Tahun Lulusan : .....  
No. STROP : .....  
Alamat Rumah : .....  
Tempat Kerja : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan SIKOP atau SIPOP pada,

Nama Sarana / Praktik : .....  
Alamat : .....  
Telp. : .....

sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 22 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Ortotis Prostetis.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. Fotokopi KTP yang masih berlaku ;
- b. Fotokopi ijasah yang dilegalisir ;
- c. Fotokopi STROP yang masih berlaku dan dilegalisir ;
- d. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki SIP ;
- e. Pas foto terbaru ukuran 4 x 6 sebanyak 3 (tiga) lembar berlatar belakang merah;
- f. Surat Keterangan dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan atau surat pernyataan memiliki tempat praktik;
- g. Surat rekomendasi dari organisasi profesi;
- h. SIKOP atau SIPOP pertama/kedua (untuk permohonan SIKOP atau SIPOP yang kedua)

Demikian atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Malang, .....

Pemohon,

.....

Perihal : Permohonan Surat Izin Kerja  
Perawat Anestesi (SIKPA)

Kepada  
Yth. Kepala Tenaga Kerja, Penanaman  
Modal dan Pelayanan Terpadu Satu  
Pintu  
di

MALANG

Dengan hormat,

Yang bertandatangan dibawah ini,

Nama lengkap : .....  
Tempat, tanggal lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Lulusan : .....  
Tahun Lulusan : .....  
No. STRPA : .....  
Alamat Rumah : .....  
Tempat Kerja : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan SIKPA pada,

Nama Sarana : .....  
Alamat : .....  
Telp. : .....

sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 31 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perawat Anestesi.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. Fotokopi KTP yang masih berlaku ;
- b. Fotokopi ijasah yang dilegalisir ;
- c. Fotokopi STRPA yang masih berlaku dan dilegalisir ;
- d. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki SIP ;
- e. Pas foto terbaru ukuran 4 x 6 sebanyak 3 (tiga) lembar berlatar belakang merah;
- f. Surat Keterangan dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan ;
- g. Surat rekomendasi dari organisasi profesi ;
- h. SIKPA pertama (untuk permohonan SIKPA yang kedua)

Demikian atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Malang, .....

Pemohon,

.....



Perihal : Permohonan Surat Ijin Kerja  
Perekam Medis

Kepada  
Yth. Kepala Tenaga Kerja, Penanaman  
Modal dan Pelayanan Terpadu Satu  
Pintu  
di

MALANG

Dengan hormat,

Yang bertandatangan dibawah ini,

Nama lengkap : .....  
Tempat, tanggal lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Lulusan : .....  
Tahun Lulusan : .....  
No. STR : .....  
Alamat Rumah : .....  
Tempat Kerja : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Ijin Kerja pada,

Nama Sarana : .....  
Alamat : .....  
Telp. : .....

sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. Fotokopi KTP yang masih berlaku ;
- b. Fotokopi ijazah yang dilegalisir ;
- c. Fotokopi STR yang masih berlaku dan dilegalisir atau menunjukkan aslinya;
- d. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki SIP ;
- e. Pas foto warna terbaru ukuran 4 x 6 sebanyak 3 (tiga) lembar berlatar belakang merah;
- f. Surat Keterangan dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan ;
- g. Surat rekomendasi dari organisasi profesi.

Demikian atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Malang, .....

Pemohon,

.....

Perihal : Permohonan Surat Izin Kerja  
Terapis Wicara (SIKTW) /  
Surat Izin Praktik Terapis  
Wicara (SIPTW)

Kepada  
Yth. Kepala Tenaga Kerja, Penanaman  
Modal dan Pelayanan Terpadu Satu  
Pintu  
di

MALANG

Dengan hormat,

Yang bertandatangan dibawah ini,

Nama lengkap : .....  
Tempat, tanggal lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Lulusan : .....  
Tahun Lulusan : .....  
No. STRTW : .....  
Alamat Rumah : .....  
Tempat Kerja : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan SIKTW atau SIPTW pada,

Nama Sarana / Praktik : .....  
Alamat : .....  
Telp. : .....

sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan  
Pekerjaan dan Praktik Terapis Wicara.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. Fotokopi KTP yang masih berlaku ;
- b. Fotokopi ijasah yang dilegalisir ;
- c. Fotokopi STRTW yang masih berlaku dan dilegalisir ;
- d. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki SIP ;
- e. Pas foto terbaru ukuran 4 x 6 sebanyak 3 (tiga) lembar berlatar belakang merah;
- f. Surat Keterangan dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan atau surat pernyataan memiliki tempat praktik;
- g. Surat rekomendasi dari organisasi profesi (IKATWI);
- h. SIKTW atau SIPTW pertama/kedua (untuk permohonan SIKTW atau SIPTW yang kedua)

Demikian atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Malang, .....

Pemohon,

.....

Perihal : Permohonan Surat Izin Kerja  
Fisioterapis (SIKF) / Surat Izin  
Praktik Fisioterapis (SIPF)

Kepada  
Yth. Kepala Tenaga Kerja, Penanaman  
Modal dan Pelayanan Terpadu Satu  
Pintu  
di

MALANG

Dengan hormat,

Yang bertandatangan dibawah ini,

Nama lengkap : .....  
Tempat, tanggal lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Lulusan : .....  
Tahun Lulusan : .....  
No. STRF : .....  
Alamat Rumah : .....  
Tempat Kerja : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan SIKF atau SIPF pada,

Nama Sarana / Praktik : .....  
Alamat : .....  
Telp. : .....

sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 80 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Fisioterapis.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. Fotokopi KTP yang masih berlaku ;
- b. Fotokopi ijasah yang dilegalisir ;
- c. Fotokopi STRF yang masih berlaku dan dilegalisir ;
- d. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki SIP ;
- e. Pas foto terbaru ukuran 4 x 6 sebanyak 3 (tiga) lembar berlatar belakang merah;
- f. Surat Keterangan dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan atau surat pernyataan memiliki tempat praktik;
- g. Surat rekomendasi dari organisasi profesi (IFI);
- h. SIKF atau SIPF pertama/kedua (untuk permohonan SIKF atau SIPF yang kedua)

Demikian atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Malang, .....

Pemohon,

.....

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik  
Ahli Teknologi Laboratorium  
Medik (SIP-ATLM)

Kepada  
Yth. Kepala Tenaga Kerja, Penanaman  
Modal dan Pelayanan Terpadu Satu  
Pintu  
di

MALANG

Dengan hormat,

Yang bertandatangan dibawah ini,

Nama lengkap : .....  
Tempat, tanggal lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Lulusan : .....  
Tahun Lulusan : .....  
No. STR-ATLM : .....  
Alamat Rumah : .....  
Tempat Kerja : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Ahli Teknologi  
Laboratorium Medik (SIP-ATLM) pada,

Nama Sarana : .....  
Alamat : .....  
Telp. : .....

sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 42 Tahun 2015 tentang Izin dan  
Penyelenggaraan Praktik Ahli Teknologi Laboratorium Medik.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. Fotokopi KTP yang masih berlaku ;
- b. Foto kopi ijazah yang dilegalisir;
- c. Fotokopi STR-ATLM yang masih berlaku dan dilegalisir;
- d. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki SIP ;
- e. Pas foto warna terbaru ukuran 4 x 6 sebanyak 2 (dua) lembar berlatar belakang merah;
- f. Surat Keterangan bekerja dari fasilitas pelayanan kesehatan ;
- g. Surat rekomendasi dari organisasi profesi;
- h. SIP-ATLM pertama (untuk permohonan SIP-ATLM yang kedua).

Demikian atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Malang, .....

Pemohon,

.....

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik  
Elektromedis (SIP-E)

Kepada  
Yth. Kepala Tenaga Kerja, Penanaman  
Modal dan Pelayanan Terpadu Satu  
Pintu  
di

MALANG

Dengan hormat,

Yang bertandatangan dibawah ini,

Nama lengkap : .....  
Alamat : .....  
Tempat, tanggal lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Tahun Lulusan : .....  
No. STR-E : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Elektromedis  
(SIP-E) pada,

Nama Sarana : .....  
Alamat : .....  
Telp. : .....

sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 45 Tahun 2015 tentang Izin dan  
Penyelenggaraan Praktik Elektromedis.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. Fotokopi KTP yang masih berlaku ;
- b. Foto kopi ijazah yang dilegalisir;
- c. Fotokopi STR-E yang masih berlaku dan dilegalisir;
- d. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki SIP ;
- e. Pas foto warna terbaru ukuran 4 x 6 sebanyak 2 (dua) lembar berlatar belakang merah;
- f. Surat Keterangan bekerja dari fasilitas pelayanan kesehatan ;
- g. Surat rekomendasi dari organisasi profesi;

Demikian atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Malang, .....

Pemohon,

.....

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik  
Bidan

Kepada  
Yth. Kepala Dinas Tenaga Kerja,  
Penanaman Modal dan Pelayanan  
Terpadu Satu Pintu  
di  
MALANG

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

1. N a m a Lengkap : .....
2. Alamat Rumah : .....
3. Tempat / tgl lahir : .....
4. Jenis Kelamin : .....
5. Tahun Lulusan : .....
6. Nomor SIB : .....
7. Nomor SIPB : .....
8. Alamat Praktik  
Perorangan : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Ijin Praktik Bidan,

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan:

1. Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP) yang masih berlaku ;
2. Pas Photo berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 2 (dua) lembar ;
3. Asli Rekomendasi Puskesmas di wilayah tempat melakukan Praktik Bidan ;
4. Asli Surat Kesanggupan sebagai Dokter Pengawas dari seorang Dokter (secara perorangan) yang telah memiliki Surat Ijin Praktik (SIP) ;
5. Asli Rekomendasi dari Atasan Langsung, bila dalam pelaksanaan Masa Bhakti atau sebagai Pegawai Negeri atau Pegawai pada Sarana Kesehatan Swasta ;
6. Asli Rekomendasi dari Ikatan Bidan Indonesia (IBI) ;
7. Fotokopi STR yang masih berlaku dan dilegalisir ;
8. Fotokopi Surat Keputusan Pengangkatan/Penempatan pertama dan terakhir yang bekerja pada Unit Pelayanan baik Pemerintah/Swasta ;
9. Melampirkan daftar peralatan yang dimiliki untuk Praktik Bidan;
10. Menyerahkan Asli SIPB yang lama, apabila mengajukan permohonan SIPB untuk pindah alamat dan perpanjangan;
11. Gambar Denah Bangunan/Ruangan yang menggambarkan fungsi serta ukuran luas dan peta lokasi;
12. Surat Keterangan Sehat dari Dokter yang telah memiliki Surat Ijin Praktik (SIP);
13. Surat pernyataan memiliki tempat praktik;
14. Surat pernyataan bidan mitra

Demikian permohonan kami dan terima kasih atas perhatiannya.

Malang,

Pemohon

.....

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik  
Psikolog Klinis (SIPPK)

Yth.  
Kepala Dinas Tenaga Kerja,  
Penanaman Modal dan Pelayanan  
Terpadu Satu Pintu  
Di Malang

Dengan hormat,  
Yang bertanda tangan di bawah ini,

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

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Psikolog Klinis (SIPPK) pada .....  
.....  
sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 45 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Psikolog Klinis.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan:

- a. Fotokopi ijazah yang disahkan oleh pimpinan penyelenggara pendidikan;
- b. Fotokopi STRPK yang masih berlaku dan dilegalisasi asli;
- c. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki surat izin praktik;
- d. Surat pernyataan memiliki tempat praktik atau surat keterangan dari pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tempat Psikolog Klinis berpraktik;
- e. Pas foto terbaru dan berwarna dengan ukuran 4X6 cm sebanyak 3 (tiga) lembar;
- f. Rekomendasi dari kepala dinas kesehatan kabupaten/kota setempat; dan
- g. Rekomendasi dari Organisasi Profesi.

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

.....20.....

Yang memohon,

( ..... )

Hal : Permohonan Surat Izin Apotek (SIA)

Yang terhormat,  
Kepala Dinas Tenaga Kerja, Penanaman  
Modal  
dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu  
Di Malang

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap : .....  
No. KTP : .....  
Alamat : .....  
Telepon HP : .....  
NPWP : .....  
No. STRA : .....  
Masa Berlaku STRA sampai : .....(tanggal-bulan-tahun)

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Apotek, pada :

Nama Apotek : .....  
Alamat Apotek : .....  
Telepon : .....  
Kelurahan : .....  
Kecamatan : .....  
Kota : .....  
Nama Pemilik Sarana : .....  
NIK Pemilik Sarana : .....  
NPWP Pemilik Sarana : .....

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. Fotokopi STRA dengan menunjukkan STRA asli;
- b. Fototopi Kartu Tanda Penduduk (Apoteker dan PSA);
- c. Fotokopi NPWP (Apoteker dan PSA);
- d. Fotokopi peta lokasi dan denah bangunan;
- e. Daftar prasarana, sarana dan peralatan.

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

Malang, .....2020  
Pemohon,  
(.....)



Perihal : Permohonan Surat ijin  
Praktik

Kepada  
Yth. Kepala Dinas Tenaga Kerja,  
Penanaman Modal dan Pelayanan  
Terpadu Satu Pintu  
di  
MALANG

Dengan hormat,

Yang bertandatangan dibawah ini,

Nama lengkap : .....  
Alamat Rumah : .....  
Tempat, tanggal lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Tahun Lulusan : .....  
No. STR : .....  
No. SIP \*) : .....  
Unit Kerja : .....  
Anggota Organisasi Profesi (IDI/PDGI) ya/Tidak .....  
No. Rekom (IDI/PDGI) : .....

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. Fotokopi KTP yang masih berlaku 1 lbr;
- b. Fotokopi STRB yang diterbitkan dan dilegalisasi oleh KKI yang masih berlaku sebanyak jumlah tempat praktek;
- c. - Fotokopi KTP SK Pertama dan SK Pangkat Terakhir bagi PNS;  
- Fotokopi KTP SK Pengangkatan sebagai Pegawai Honorer atau Pegawai tetap yang bekerja di sarana swasta;  
- Fotokopi KTP SK Pensiun bagi yang purna tugas.
- d. Surat Persetujuan dari atasan langsung bagi Dokter dan DokterGigi yang bekerja pada Instansi/Fasilitas pelayanan kesehatan Pemerintah atau pada instansi/fasilitas pelayanan kesehatan lain secara purna waktu;
- e. Surat Pernyataan mempunyai tempat praktek, atau surat keterangan dari fasilitas pelayanan kesehatan sebagai tempat prakteknya;
- f. Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi di wilayah tempat praktek yang masih berlaku;
- g. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4 x 6 sebanyak tempat praktek 1 lbr untuk registrasi ;
- h. Surat Keterangan dari kepala Dinas Kesehatan tempat asal (jika tempat kerja pemohon berada diluar Kota Malang atau mempunyai tempat praktek di luar KOTA MALANG).

Demikian atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Malang, .....

Pemohon,

.....

Perihal : Permohonan Surat Ijin  
Praktik Perawat (SIPP)

Kepada  
Yth. Kepala Dinas Tenaga Kerja,  
Penanaman Modal dan Pelayanan  
Terpadu Satu Pintu  
di  
MALANG

Dengan hormat,

Yang bertandatangan dibawah ini,

Nama lengkap : .....  
Alamat Rumah : .....  
Tempat, tanggal lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Tahun Lulusan : .....  
No. STRP : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Ijin Praktik Bidan pada,

Nama Sarana : .....  
Alamat : .....  
Telp. : .....

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. Fotokopi KTP yang masih berlaku ;
- b. Fotokopi STRP yang masih berlaku dan dilegalisir asli;
- c. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki SIP ;
- d. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4 x 6 sebanyak 2 (dua) lembar ;
- e. Surat Keterangan dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan ;
- f. Surat rekomendasi dari organisasi profesi.

Demikian atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Malang, .....

Pemohon,

.....