

Perihal : Permohonan Izin
Praktik Akupunktur
Terapis (SIPAT)

Kepada
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 :
No. Telepon/Hp :
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 34 tahun 2018 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Akupunktur Terapis.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan:

- a. Surat pernyataan telah memiliki tempat praktik (I/II/III) (bermaterai)
- b. FC KTP
- c. Fotokopi ijazah yang disahkan oleh pimpinan penyelenggara pendidikan;
- d. Fotokopi STR AT yang masih berlaku dan dilegalisasi asli;
- e. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki surat izin praktik;
- f. Surat pernyataan memiliki tempat praktik atau surat keterangan dari pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tempat Akupunktur Terapis berpraktik;
- g. Pas foto terbaru dan berwarna dengan ukuran 4X6 (empat kali enam) cm sebanyak 3 (tiga) lembar;
- h. Rekomendasi dari Organisasi Profesi.
- i. SIPAT asli yang diperpanjang (untuk permohonan perpanjangan SIPAT) dan atau fc. SIPAT pertama/kedua (untuk permohonan SIPAT yang kedua/ketiga).

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

Malang,

Pemohon,

Materai 10.000

.....

PERNYATAAN TEMPAT PRAKTIK

Yang bertanda tangan di bawah ini :

NAMA :
ALAMAT KANTOR :
ALAMAT RUMAH :
NOMOR TELP./HP :

Dengan ini menyatakan bahwa saya mengajukan untuk mendapatkan Surat Ijin Praktik (SIP) ke I / II / III *) sebagai berikut :

- I. Nama Sarana :
 Alamat :
- II. Nama Sarana :
 Alamat :
- III. Nama Sarana :
 Alamat :

Demikian pernyataan ini kamu buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Malang,
Pemohon,

Materai 10.000

(.....)

*) coret yang tidak perlu