

Nomor :
Sifat :
Lampiran :
Perihal : Permohonan Izin Tenaga Kesehatan
di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

.....
Kepada :
Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal dan
Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Kabupaten Wonogiri
di -
W O N O G I R I

Dengan hormat,
Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama Lengkap :
Alamat :
Telp.
Tempat Tanggal Lahir :
Jenis Kelamin :
Lulusan :
Nomor STR :
Profesi :
Untuk Praktek/ Kerja Ke :
Alamat Praktek : 1.
2.
3.

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Tenaga Kesehatan di Fasilitas Pelayanan sesuai Peraturan Bupati Wonogiri nomor 80 Tahun 2017 Tentang Penyelenggaraan Perizinan Bidang Kesehatan.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan :

- a. fotocopy Kartu Tanda Penduduk (KTP) pemohon;
- b. fotocopy STR yang diterbitkan dan dilegalisasi asli (menunjukkan STR asli);
- c. fotocopy izin penyelenggaraan/izin operasional fasilitas pelayanan kesehatan sebagai tempat praktik;
- d. surat persetujuan dari atasan langsung bagi tenaga kesehatan yang bekerja pada instansi/fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah atau pada instansi/fasilitas pelayanan kesehatan lain secara purna waktu;
- e. pas foto berwarna ukuran 4x6 sebanyak 3 (tiga) lembar dan 3x4 sebanyak 2 (dua) lembar;
- f. surat keterangan selesai melakukan adaptasi bagi tenaga kesehatan lulusan luar negeri.
- g. surat rekomendasi dari organisasi profesi tenaga kesehatan.
- h. Surat keterangan bekerja dari fasilitas kesehatan / SK

Demikian untuk menjadikan periksa dan atas terkabulnya permohonan ini kami ucapkan terima kasih.

Hormat kami,



.....