**Perihal : Permohonan Pencabutan Surat Ijin Praktik** Kepada Yth.

**STR Dokter Umum/ Dokter Gigi/** Kepala Dinas Kesehatan

**Dokter Spesialis/ Dokter Gigi Spesialis** Kabupaten Sidoarjo

Di –

**S I D O A R J O**

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : ...................................................................................................

Profesi : ...................................................................................................

Tempat/Tanggal Lahir : ...................................................................................................

Alamat Rumah (sesuai KTP) : ...................................................................................................

No. Telepon : ...................................................................................................

Mengajukan permohonan pencabutan Surat Ijin Praktik dan STR :

1. Nama Praktik : ........................................................................................................

Alamat Praktik : .....................................................................................................

Nomor SIP : ........................................................................................................

2. Nama Praktik : .....................................................................................................

Alamat Praktik : ....................................................................................................

Nomor SIP : ........................................................................................................

3. Nama Praktik : ....................................................................................................

Alamat Praktik : ....................................................................................................

Nomor SIP : ........................................................................................................

Sebagai bahan pertimbangan, saya lampirkan berkas-berkas sebagai berikut :

1. Surat permohonan pencabutan SIP/STR (Materai 10000);
2. Surat Ijin Praktik (SIP) Asli;
3. Fotokopi KTP;
4. Fototopi ijazah dokter.

Demikian atas perhatiannya, saya ucapkan terima kasih.

Sidoarjo,..............................

Pemohon

Materai 10.000,-

(.........................................)

**TANDA BUKTI PENYERAHAN STR**

Sehubungan dengan permohonan pencabutan STR dengan ini kami serahkan kembali surat tanda registrasi legalisir KKI atas nama saudara :

Nama :

Alamat :

Jumlah STR :

Nomor STR : 1. ............................................................................................................................

2. ............................................................................................................................

3. ............................................................................................................................

Demikian untuk menjadikan maklum.

Sidoarjo,.................................

**Yang Menerima** **Petugas Bidang SDK**

(..........................................) (............................................)

**Catatan:**

\* Apabila yang mengambil bukan ybs harus ada surat kuasa bermaterai Rp 6000,- dan fotokopi

KTP pengambil

\* Tanda terima harus ada tanda tangan, nama terang, tanggal, dan No. HP

**TANDA BUKTI PENYERAHAN STR**

Sehubungan dengan permohonan pencabutan STR dengan ini kami serahkan kembali surat tanda registrasi legalisir KKI atas nama saudara :

Nama :

Alamat :

Jumlah STR :

Nomor STR : 1. ............................................................................................................................

2. ............................................................................................................................

3. ............................................................................................................................

Demikian untuk menjadikan maklum.

Sidoarjo,.................................

**Yang Menerima** **Petugas Bidang SDK**

(..............................................) (.............................................)

**Catatan:**

\* Apabila yang mengambil bukan ybs harus ada surat kuasa bermaterai Rp 6000,- dan fotokopi

KTP pengambil

\* Tanda terima harus ada tanda tangan, nama terang, tanggal, dan No. HP