**Perihal : Permohonan Pencabutan**  Kepada Yth.

 **Surat Ijin Praktik**  Kepala Dinas Kesehatan

 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 :

1. Tempat Praktik : ........................................................................................................

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

 No. SIP : ........................................................................................................

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

1. Surat permohonan pencabutan SIP;
2. Surat Ijin Praktik (SIP) Asli;
3. Fotokopi KTP;
4. Fototopi ijazah.

Demikian atas perhatiannya, saya ucapkan terima kasih.

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

Pemohon

Matri 6.000,-

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