**Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik** Kepada

 **Terapis Gigi dan Mulut (SIPTGM)** Yth. Kepala Dinas Kesehatan

 Kabupaten Sidoarjo

 di –

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

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap : ........................................................................................................

Tempat, tanggal lahir : ........................................................................................................

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

Jenis Kelamin : ........................................................................................................

Lulusan : ........................................................................................................

Tahun Lulusan : ........................................................................................................

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

No. Telephone : ........................................................................................................

 Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Ijin Praktik Teknisi Gigi dan Mulut (SIPTGM) pada :

Tempat Kerja : ...................................................................................................................

Alamat : ...................................................................................................................

(Nama Sarana Kesehatan dan Alamat Lengkap) Sesuai keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 20/MENKES/PER/IV/2016, tentang izin dan penyelenggaraan Praktik Teknisi Gigi dan Mulut.

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

1. Foto copy STR yang masih berlaku dan dilegalisir;

2. Foto copy Ijazah;

3. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang mempunyai Surat Izin Praktik;

4. Surat pernyataan memiliki tempat kerja difasilitas pelayanan kesehatan;

5. Pas Foto berwarna ukuran 4x6 sebanyak 2 (dua) lembar;

6. Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi;

7. Foto copy KTP yang masih berlaku;

8. SIPTGM Asli yang lama (khusus perpanjangan)

 Demikian atas perhatiannya, kami ucapkan terima kasih.

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