**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.
5. Surat keterangan sudah tidak bekerja dari tempat praktik ( kecuali praktik mandiri / perseorangan)
6. Surat Rekomendasi Organisi Profesi menerangkan bahwa sudah tidak bekerja khusus (Dokter Umum, Dokter Spesialis, Perawat, Dokter Gigi, Dokter Gigi Spesialis Apoteker,Tenaga Teknis Kefarmasian, Ahli Gizi, Refraksionis Optisien dan Okupasi)

Demikian atas perhatiannya, saya ucapkan terima kasih.

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

Pemohon

Materai10.000,-

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