

Perihal : Permohonan Surat Ijin Praktek (SIP) Dokter Internsip

Kepada Yth :

Kepala Dinas Penanaman Modal dan PTSP
Kota Denpasar

di –

Denpasar.

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama lengkap :

Alamat tempat tinggal :

Tempat, tanggal lahir :

Jenis kelamin :

Nomor STR :

Nomor Rekomendasi OP :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Ijin Praktek (SIP) Dokter Internsip untuk

tempat praktek di : 1. Rumah Sakit

2. Puskesmas

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan :

1. Surat Tanda Registrasi (STR) Dokter Internsip.
2. Salinan KTP.
3. Surat Keterangan dari Komite Internsip Dokter Indonesia.
4. Surat Rekomendasi dari Organisasi profesi, sesuai wahana. Jika wahananya berbeda Kabupaten/Kota maka rekomendasi profesinya dari masing-masing Kabupaten/ Kota tempat program Dokter Internsip dilaksanakan.
5. Pas Foto berwarna terbaru ukuran 4 x 6 sebanyak 4 lembar dengan latar merah

Demikian atas perhatian Bapak/ Ibu kami ucapkan terima kasih.

Denpasar,.....

Pemohon

()