

Perihal : **Permohonan Rekomendasi Surat Ijin Praktek (SIP) Dokter Internsip**

Kepada Yth :
Kepala Dinas Kesehatan
Kota Denpasar
Jl. Maruti No.8 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 Rekomendasi Surat Ijin Praktek (SIP) Dokter Internsip untuk tempat praktek di : 1. Rumah Sakit

2. Puskesmas

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan :

1. Foto copy Surat Tanda Registrasi (STR) Dokter Internsip yang telah dilegalisir atau Surat Tanda Bukti Pengurusan STR.
2. Surat Keterangan dari Komite Internsip Dokter Indonesia.
3. 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.
4. 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

()