Perihal: Permohonan Rekomendasi Izin Praktek Bidan (SIPB)

Kepada Yth:

Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Solok

di

Arosuka

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama | : |  |
| Tempat/ Tgl. Lahir | : |  |
| Pendidikan | : |  |
| Alamat Tempat Praktek | : |  |

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktek Bidan (SIPB, sebagai bahan pertimbangan terlampir:

|  |
| --- |
| 1. Surat permohonan |
| 1. Fotokopi KTP |
| 1. Fotokopi Surat Tanda Registrasi (STR) Bidan yang berlaku dilegalisir |
| 1. Surat persetujuan atasan langsung (Kecuali Praktik Mandiri) |
| 1. Surat keterangan sehat dari Dokter |
| 1. Rekomendasi dari organisasi profesi |
| 1. Surat pernyataan Kesanggupan Pengelolaan dan Pemantauan Lingkungan Hidup (SPPL) Kecuali Praktek di puskesmas / RS |
| 1. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan |
| 1. Fotokopi Ijazah yang dilegalisir |
| 1. Materi Daftar Tilik (Kecuali Untuk Perpanjangan) |
| 1. SIP lama untuk Perpanjangan |
| 1. Surat Pernyataan Memiliki Tempat Praktik |
| 1. Kartu/Sertifikat Kepesertaan BPJS Ketenagakerjaan |

**\*)Persyaratan sesuaikan dengan izin yang anda ajukan (hapus ini saat print)**

Demikianlah Surat Permohonan ini, atas perhatiannya kami ucapkan terimakasih.

..................., 2023

Yang Memohon

.................................................