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

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