

Perihal : Permohonan Rekomendasi Surat Ijin  
Praktik Ahli Teknologi Laboratorium  
Medik (SIP-ATLM)

K e p a d a  
YTH. Kepala Dinas Kesehatan,  
Pengendalian Penduduk  
Dan Keluarga Berencana  
Kabupaten Trenggalek  
di  
TRENGGALEK

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : .....  
Alamat : .....  
Tempat / tanggal lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
No HP : .....  
NIK/No KTP : .....  
Pendidikan Terakhir : .....  
Lulusan dari : .....  
Tahun Lulusan : .....  
Nomor STR : .....  
Berlaku sampai : .....

Dengan ini mengajukan permohonan rekomendasi untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Ahli  
Teknologi Laboratorium Medik (SIP-ATLM) pada:

I. Nama Sarana I : .....  
Alamat : .....  
Hari Kerja / Praktek : .....  
Jam Kerja / Praktek : .....  
II. Nama Sarana II : .....  
Alamat : .....  
Hari Kerja / Praktek : .....  
Jam Kerja / Praktek : .....

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini lampirkan :

1. Fotocopy Ijasah
2. Fotocopy STR-ATLM legalisir
3. Fotocopy KTP
4. Surat Keterangan Sehat dari dokter yang memiliki SIP
5. Surat Keterangan bekerja dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang bersangkutan

6. Rekomendasi dari organisasi profesi (PATELKI)
7. SIP-ATLM pertama (untuk permohonan SIP-ATLM yang kedua)

Demikian atas perhatian Bapak / Ibu kami sampaikan terimakasih.

Trenggalek, .....

Yang Memohon

---