

Perihal : Permohonan Rekomendasi
Surat Ijin Praktek Perawat (SIPP)

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 :
E-mail :
No HP :
NIK/No KTP :
Pendidikan Terakhir :
Lulusan dari :
Tahun Lulusan :
Nomor STR :
Berlaku sampai :

Dengan Ini Mengajukan Permohonan Rekomendasi Untuk Mendapatkan Surat Izin Praktek Perawat (SIPP) 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 kami lampirkan :

1. Fotocopy Ijasah (minimal DIII Keperawatan);
2. Fotocopy STR legalisir;
3. Fotocopy KTP;
4. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktek;

5. Surat keterangan bekerja dari pimpinan Fasyankes (apabila Praktik Perawat di Fasyankes), atau Surat pernyataan memiliki tempat praktek (apabila praktik keperawatan mandiri);
6. Surat keterangan tempat praktik, mengetahui Kepala Puskesmas wilayah setempat (khusus untuk praktik mandiri);
7. Rekomendasi dari Organisasi Profesi.

Demikian atas perhatian Bapak / Ibu kami sampaikan terimakasih.

Trenggalek,

Yang Memohon
