

Perihal : Permohonan Rekomendasi  
Surat Ijin Praktek Terapis Gigi  
dan Mulut (SIPTGM)

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 Ijin Praktik Terapis Gigi dan Mulut (SIPTGM) pada :

I. SIPTGM 1 : .....  
Alamat : .....  
Hari : .....  
Jam : .....  
II. SIPTGM 2 : .....  
Alamat : .....  
Hari : .....  
Jam : .....

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Fotocopy Ijazah
2. Fotocopy STRTGM legalisir
3. Fotocopy KTP
4. Surat Keterangan Sehat dari dokter yang memiliki SIP
5. Surat keterangan dari pimpinan Fasilitas pelayanan Kesehatan atau yang menyatakan masih bekerja pada Fasilitas pelayanan Kesehatan yang bersangkutan
6. Surat pernyataan memiliki tempat praktik (praktik mandiri)

## 7. Rekomendasi Organisasi Profesi

Demikian atas perhatian Bapak / Ibu kami sampaikan terimakasih.

Trenggalek,

Yang Memohon

---