Malinau, .............................

 Kepada

Perihal : Permohonan Pencabutan Yth. Kepala DPMPTSP Kab. Malinau

 Surat Izin Praktik Perawat (SIPP) di-

 Tempat.

Dengan hormat, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Pemohon :

Tempat/Tgl. Lahir :

Alamat :

No. Telepon/HP :

No. KTP :

No. STR :

No. SIPP :

Dengan ini mengajukan pencabutan Surat Izin Praktik Perawat (SIPP) di :

Nama Tempat Praktik :

Alamat Tempat Praktik :

Dikarenakan ......................................................................... dengan alamat tersebut di atas, dan bersama ini kami lampirkan :

1. Scan Asli Surat Izin Praktik Perawat (SIPP);
2. Scan Asli Kartu Tanda Penduduk (KTP);
3. Scan Asli Surat Keterangan dari sarana.

Demikian Pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar untuk dipergunakan sebagaimana mestinya, dengan demikian segala bentuk kegiatan yang berlangsung di sarana farmasi tersebut di atas sudah tidak menjadi tanggung jawab saya lagi dan berlaku sejak pernyataan ini ditandatangani.

 Malinau, ....................... 2024

 Yang Membuat Permohonan,

 (..........................................)