

KOP

FASYANKES/DINAS KESEHATAN

SURAT KETERANGAN TEMPAT PRAKTIK

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap :
Profesi :
Tempat, tanggal lahir :
NIK :
Nomor STR :
Tanggal berakhir STR :
Alamat Rumah :
No. Handphone (WA) :
Lulusan dari Tahun :

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa data saya sebagaimana di atas adalah benar, dan benar berpraktik di yang beralamat di

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagai persyaratan administrasi perizinan Surat Izin Praktik (SIP) ke 1/2/3*

Mengetahui :

Malinau, 2025

Kepala Fasyankes/
Kepala Dinas Kesehatan,

Tenaga Medis/Kesehatan,

Materai
10.000

(.....)

(.....)

Catatan :

1. Diwajibkan untuk memberikan **kop fasyankes/Dinas Kesehatan** pada Surat Keterangan Tempat Praktik serta **membubuhkan stempel Fasyankes/Dinas Kesehatan;**
2. Bagi yang berpraktik mandiri wajib diketahui dan ditandatangani oleh **Kepala Dinas Kesehatan.**