**Perihal: ……………………………….**

**KepadaYth.**

**Kepala Dinas Kesehatan**

**Kabupaten Biak Numfor**

**di**

 **B i a k**

Dengan Hormat :

Yang Bertandatangan dibawah ini:

NAMA PEMOHON : ………………………………………………………………….

TTL : ………………………………………………………………….

PENDIDIKAN : ………………………………………………………………….

PEKERJAAN : ………………………………………………………………….

ALAMAT : ………………………………………………………………….

DISTRIK/ KEL : ………………………………………………………………….

No. KTP : ………………………………………………………………….

Alamat Email : …………………………………………………………………..

No. HP/ TLP : ………………………………………………………………….

Dengan ini mengajukan permohonan untuk memperoleh Surat Ijin Praktek (SIP)……………… dengan Nama dan Alamat Praktek sebagai Berikut:

NAMA SARANA : ………………………………………………………………….

ALAMAT SARANA : ………………………………………………………………….

PENANGGUNG JWB SARANA : ………………………………………………………………….

NOMOR STR : ………………………………………………………………….

Sebagai bahan pertimbangan kami lampirkan persyaratan sebagai berikut :

1. Fotocopy KTP
2. Fotocopy Ijasah
3. Fotocopy STR
4. Fotocopy SIK/ SIP lama bagi Rekomendasi Perpanjangan
5. Fotocopy Rekomendasi Organisasi Profesi masing-masing.

Demikian permohonan ini atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terimakasih.

 Biak, …………………………

PEMOHON

 ……………………………………..