**PERMOHONAN SURAT IZIN PRAKTIK PERAWAT**

Rantepao, . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Kepada

 Yth.Kepala Dinas Penanaman Modal dan

 Pelayanan Terpadu Satu Pintu

Kabupaten Toraja Utara

 di-

 Rantepao

Yang Bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Tempat/Tanggal Lahir : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Jenis Kelamin : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Alamat Rumah : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Tahun Lulusan : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Nomor Registrasi OP : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

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

No. Telpon/HP : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan **Surat Izin Praktik Perawat** untuk tempat praktik yang ke . . . . . . . . ., dengan alamat di . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .…………………………………………………………………………………………………….

Sebagai pertimbangan bersama ini dilampirkan :

1. Fotocopy STR yang masih berlaku dan dilegalisir
2. Surat Keterangan sehat fisik dari Dokter yang memiliki Surat Izin Praktek
3. Surat pernyataan memiliki tempat praktek
4. Pas Foto 4x6 berwarna (3 lembar)
5. Rekomendasi dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau Pejabat yang ditunjuk
6. Rekomendasi dari Organisasi Profesi
7. Fotocopy Kartu Tanda Penduduk (KTP)
8. Fotocopy Ijazah Terakhir yang legalisir

Demikian Permohonan ini, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

 Yang Bermohon,

Materai 10.000

6000

 . . . . . . . . . . . . . . . . . .