|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Lengkap | : |  |
| Profesi | : |  |
| Tempat, Tanggal Lahir | : |  |
| NIK | : |  |
| Nomor STR | : |  |
| Masa Berlaku STR | : |  |
| Alamat Rumah | : |  |
| Nomor Handphone (WA) | : |  |
| Lulusan dari, dan Tahun | : |  |

**SURAT KETERANGAN TEMPAT PRAKTIK**

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa data saya sebagaimana diatas adalah benar, dan benar berpraktik di

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Tempat Praktik | : |  |
| Alamat Tempat Praktik | : |  |
| Hari dan Jam Praktik | : |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Mengetahui  Kepala Fasyankes/Kepala  Dinas Kesehatan\*\* | ...................Tempat................  (Tanda tangan + materai 10.000 tenaga medis/kesehatan)  (nama lengkap tenaga medis/kesehatan) |

**Keterangan**

**\*=pilih salahsatu**

**\*\*=Untuk praktik mandiri diketahui Kepala Dinas Kesehatan (mengajukan permohonan ke Dinas Kesehatan)**