

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik  
Terapis Wicara (SIPTW)

Kepada Yth :  
Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandung  
Jl. Supratman No.73  
di - B a n d u n g

Dengat Hormat,

Nama Lengkap : .....  
Tempat, Tgl.Lahir : .....  
No. STRTW : .....  
Tgl. Masa berlaku STRTW : .....  
Lulusan : ..... Tahun .....  
Nama Sekolah : .....  
Alamat Rumah : Jl.....  
RT / RW ..... Kelurahan/Desa.....  
Kecamatan..... Kota/Kabupaten.....  
Telepon / HP..... Kode Pos .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Terapis Wicara (SIPTW) pada :

Tempat Bekerja 1 : ..... (tuliskan nama sarana)  
Jl.....  
RT / RW ..... Kelurahan.....  
Wilayah Kerja Puskesmas .....  
Kecamatan.....

Tempat Bekerja 2 : ..... (tuliskan nama sarana)  
Jl.....  
RT / RW ..... Kelurahan.....  
Wilayah Kerja Puskesmas .....  
Kecamatan.....

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Photo copy Ijazah yang dilegalisir asli
2. Photo copy STRTW yang dilegalisir asli dan masih berlaku
3. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik
4. Surat pernyataan memiliki tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan
5. Pas foto berwarna terbaru ukuran 3 X 4 cm sebanyak 4 (empat) lembar latar Merah/Biru
6. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi (IKATWI)
7. Photo copy E-KTP Kota Bandung/ SKTS di Kota Bandung (bagi Tenaga Terapis Wicara dengan E-KTP luar Kota Bandung melampirkan surat pengantar/rekomendasi dari Dinas Kesehatan setempat yg menyatakan belum / sudah berpraktik di wilayah tersebut).
8. Fotocopy SIPTW bila sudah memiliki
9. Fotocopy Izin Operasional Faskes yang masih berlaku
- 10 Surat pernyataan tidak keberatan / izin dari Pimpinan tempat bekerja bagi PNS/TNI/ POLRI / BUMN / BADAN HUKUM.

Demikian permohonan ini kami ajukan, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Bandung.....  
Pemohon,

.....  
Nama Lengkap

**SURAT PERNYATAAN  
MEMPUNYAI TEMPAT BEKERJA**

---

---

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap : .....  
Tempat / Tgl. Lahir : .....  
Alamat Rumah : Jl .....  
RT / RW .....Kelurahan/Desa .....  
Kecamatan ..... Kota/Kab. ....  
Telepon / HP ..... Kode Pos .....

Dengan ini menyatakan bahwa saya sudah mempunyai tempat bekerja yang beralamat di :

Tempat Bekerja 1 : ..... (tuliskan nama sarana)  
Jl.....  
RT / RW .....Kelurahan.....  
Wilayah Kerja Puskesmas.....  
Kecamatan.....  
Tempat Bekerja 2 : ..... (tuliskan nama sarana)  
Jl.....  
RT / RW .....Kelurahan.....  
Wilayah Kerja Puskesmas.....  
Kecamatan.....

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya.

Bandung,.....  
Pemohon,

Materai 6000,-

.....  
Nama Lengkap

**SURAT PERNYATAAN/PERSETUJUAN TIDAK KEBERATAN DARI PIMPINAN TEMPAT  
BEKERJA BAGI PNS / TNI / POLRI / BUMN / BADAN HUKUM**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : .....

Jabatan : .....

Dengan ini menyatakan tidak keberatan kepada :

Nama : .....

Jabatan : .....

Untuk menjalankan Praktik Terapis Wicara diluar tempat bekerja Kami, sesuai dengan Perundang-undangan yang berlaku serta sepanjang yang bersangkutan tidak mengganggu tugas kedinasan.

Bandung,.....

Pimpinan

.....

Perihal : Permohonan Pengesahan  
Dokumen SIPTW

Kepada Yth :  
Kepala Dinas Kesehatan  
Kota Bandung  
Jl.Supratman No.73  
di -  
B a n d u n g

Dengat Hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap :.....  
Tempat, Tgl.Lahir :.....  
No. STRTW :.....  
Tgl. Masa berlaku STRTW :.....  
Lulusan :..... Tahun.....  
Nama Sekolah :.....  
Alamat Rumah : Jl.....  
RT / RW ..... Kelurahan/Desa.....  
Kecamatan ..... Kota/Kabupaten.....  
Telepon / HP ..... Kode Pos.....  
No.HP :.....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Pengesahan dokumen sebagai persyaratan Surat Izin Praktik Terapis Wicara (SIPTW) yang berlokasi di :

Tempat Praktik : .....(tuliskan nama sarana)  
Jl.....  
RT / RW .....Kelurahan .....  
Wilayah Kerja Puskesmas.....  
Kecamatan .....

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Fotocopy STRTW yang masih berlaku dan dilegalisasi asli.
2. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi IKATWI.
3. Fotocopy SIPTW bila sudah memiliki.
4. Fotocopy Izin Operasional Faskes yang masih berlaku.

Demikian permohonan ini kami ajukan, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Bandung,.....  
Pemohon,

.....  
Nama Lengkap