

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktek
Radiografer (SIPR)

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. STR :
Tgl. Masa berlaku STR :
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 Surat Izin Praktik Radiografer (SIPR) yg berlokasi di :

Tempat Praktik 1 : (tulis nama sarana)
: Jl.....RT....RW.....
Kel.....Kec.....
Telp/Hp.....

Tempat Praktik 2 : (tulis nama sarana)
: Jl.....RT....RW.....
Kel.....Kec.....
Telp/Hp.....

Hari dan Jam Praktik :

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Fotocopy Ijazah yang dilegalisir asli
2. Foto copy STRR yang dilegalisir asli dan masih berlaku
3. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik
4. Surat keterangan bekerja dari Fasyankes yang bersangkutan
5. Pas foto berwarna terbaru latar merah ukuran 3 X 4 cm sebanyak 4 (empat)lembar
6. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi
7. Photo copy Kartu Tanda Penduduk Elektronik (e-KTP) Kota Bandung/Surat Keterangan Tinggal Sementara (SKTS) di Kota Bandung.
(bagi Tenaga Radiografer dengan KTP luar Kota Bandung melampirkan surat pengantar/rekomendasi dari Dinas Kesehatan setempat yg menyatakan belum / sudah berpraktik di wilayah tersebut)
8. Photocopy Izin Fasyankes yang masih berlaku.
9. Surat pernyataan tidak keberatan / izin dari Pimpinan tempat bekerja bagi PNS/TNI/ POLRI / BUMN / BADAN HUKUM.
10. Fotocopy SIPR bila sudah memiliki.

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

Bandung,.....
Pemohon,

.....
Nama Lengkap

KOP FASYANKES

SURAT KETERANGAN BEKERJA

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap :

Jabatan : Pimpinan/Direktur/Kepala

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama Lengkap :

Adalah benar Tenaga Radiografer yang bekerja pada sarana yang Kami pimpin yang beralamat di :

Nama Fasyankes :

Alamat Fasyankes : Jl.....RT.....RW.....

Kel.....Kec.....

Telp/Hp.....

Bandung,.....

Hormat Kami,

Pimpinan

.....

**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 Radiografer diluar tempat bekerja Kami, sesuai dengan Perundang-undangan yang berlaku serta sepanjang yang bersangkutan tidak mengganggu tugas kedinasan.

Bandung,.....

Hormat Kami,
Pimpinan

.....

Perihal : Permohonan Pengesahan Dokumen
Surat Izin Praktek Radiografer (SIPR)

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. STR :
Tgl. Masa berlaku STR :
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 Radiografer (SIPR) yg berlokasi di :

Tempat Praktik 1 : (tuliskan nama sarana)
: Jl.....RT...RW.....
Kel.....Kec.....
Telp/Hp.....

Tempat Praktik 2 : (tuliskan nama sarana)
: Jl.....RT...RW.....
Kel.....Kec.....
Telp/Hp.....

Hari dan Jam Praktik :

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Fotocopy STRR yang masih berlaku dan dilegalisasi asli.
2. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi.
3. Fotocopy Izin Operasional Fasilitas Kesehatan yang masih berlaku
4. Fotocopy SIPR bila sudah memiliki

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

Bandung,.....
Pemohon,

.....
Nama Lengkap