

SURAT KETERANGAN TEMPAT PRAKTEK

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama lengkap :
Profesi :
Tempat/Tanggal Lahir :
NIK :
Nomor STR :
Masa Berlaku STR :(Tgl, bulan, tahun/ seumur hidup)
Alamat Rumah : Jl.....RT.....RW.....
Kel.....Kec.....
Kab/Kota.....
Nomor handphone (WA) :
Lulusan :Tahun.....

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

Nama Fasyankes :
Alamat Fasyankes : Jl.....RT.....RW.....
Kel.....Kec.....
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**

Bandung,
.....
*(Tandatangan nakes/named
+ Materai 10.000)*

Nama lengkap nakes/named
.....

Keterangan :
Nama Fasyankes : nama sarana atau Praktik Mandiri
*= pilih salah Satu
**= untuk praktik mandiri diketahui oleh Kepala Dinas Kesehatan
= untuk praktik di Faskes diketahui oleh Kepala Fasyankes