

**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.....

Telah memiliki tempat praktik yang beralamat di:

1. Nama Fasyankes : .....  
Alamat Fasyankes : Jl.....RT.....RW.....  
Kel.....Kec.....  
Hari dan Jam Praktik : .....  
.....  
.....  
2. Nama Fasyankes : .....  
Alamat Fasyankes : Jl.....RT.....RW.....  
Kel.....Kec.....  
Hari dan Jam Praktik : .....  
.....  
.....

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