

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik
Bidan (SIPB)

Kepada Yth :
Kepala DPMPTSP Kota Bandung
Jl. Cianjur No. 34
di -

B a n d u n g

Dengat Hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap :

Tempat / Tgl.Lahir :

Alamat Rumah : Jl

RT / RW Kelurahan/Desa

Kecamatan Kota/Kabupaten

Telepon / HP Kode Pos

Lulusan/Sekolah :Tahun.....

Nomor STRB :

Masa berlaku STRB :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Bidan (SIPB) yang berlokasi di :

Alamat Praktik 1 : Jl.....RT.....RW.....

Kelurahan.....Kecamatan.....

UPT. Puskesmas

Telepon / HP.....Kode Pos.....

Alamat Praktik 2 : Jl.....RT.....RW.....

Kelurahan.....Kecamatan.....

UPT. Puskesmas

Telepon / HP.....Kode Pos.....

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Photo copy E-KTP Kota Bandung/ Surat Keterangan E-KTP sedang dalam Proses dari Kecamatan setempat/SKTS. (bagi Tenaga Bidan dengan E-KTP luar Kota Bandung melampirkan surat pengantar/rekomendasi dari Dinas Kesehatan setempat yg menyatakan belum / sudah berpraktik di wilayah tersebut).
2. Foto copy STRB yang masih berlaku dan dilegalisasi asli.
3. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik.
4. surat keterangan dari pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tempat Bidan akan berpraktik.
5. Pas foto berwarna terbaru ukuran 3 X 4 cm sebanyak 4 (empat) lembar.
6. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi.
7. Surat pernyataan tidak keberatan / izin dari Pimpinan tempat bekerja bagi PNS/TNI/ POLRI / BUMN / BADAN HUKUM.
8. Fotocopy Izin Operasional Fasyankes yang masih berlaku
9. Fotocopy SIPB bila sudah memiliki.

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

Bandung,.....
Pemohon,

.....
Nama Lengkap

KOP FASYANKES

SURAT PERNYATAAN PIMPINAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap :

Jabatan : Pimpinan/Direktur/Kepala.....

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama Lengkap :

Adalah benar Tenaga Bidan yang melaksanakan praktik pada sarana yang Kami pimpin

Nama Fasyankes :

Alamat Fasyankes :

Jl.....RT.....RW.....

Kelurahan.....Kecamatan.....

UPT. Puskesmas.....

Telepon / HP.....Kode Pos

Bandung,.....

Hormat Kami,
Pimpinan

Cap&TDT

(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 Bidan 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 SIPB

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 :

Alamat Rumah : Jl

RT / RW Kelurahan/Desa

Kecamatan Kota/Kabupaten

Telepon / HP Kode Pos

Lulusan/Sekolah : Tahun.....

Nomor STRB :

Masa berlaku STRB :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Pengesahan dokumen sebagai persyaratan Surat Izin Praktik Bidan (SIPB) yang berlokasi di :

Alamat Praktik 1 : Jl.....RT.....RW.....

Kelurahan.....Kecamatan.....

UPT. Puskesmas

Telepon / HP.....Kode Pos.....

Alamat Praktik 2 : Jl.....RT.....RW.....

Kelurahan.....Kecamatan.....

UPT. Puskesmas

Telepon / HP.....Kode Pos.....

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

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

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

Bandung,.....
Pemohon,

.....
Nama Lengkap