

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik  
Terapis Gigi dan Mulut (SIPTGM)

Kepada Yth :  
Kepala DPMPTSP Kota Bandung  
Jl. Cianjur No. 34  
di - B a n d u n g

Dengat Hormat,

Nama Lengkap : .....  
Tempat, Tgl.Lahir : .....  
No. STRTGM : .....  
Tgl. Masa berlaku STRTGM : .....  
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 Gigi dan Mulut (SIPTGM) yg berlokasi 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.....

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Permohonan Surat Izin Praktik Terapis Gigi dan Mulut (SIPTGM)
2. Foto copy STRTGM yang dilegalisir asli dan masih berlaku
3. Surat pernyataan mempunyai tempat bekerja
4. Surat keterangan dari pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan atau yang menyatakan masih bekerja pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang bersangkutan
5. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi
6. Pas foto berwarna terbaru ukuran 3 X 4 cm sebanyak 4 (empat) lembar latar Merah/Biru
7. Photo copy E-KTP Kota Bandung/ Surat Keterangan E-KTP sedang dalam Proses dari Kecamatan setempat (bagi Tenaga Terapis Gigi dan Mulut dengan E-KTP luar Kota Bandung melampirkan surat pengantar/rekomendasi dari Dinas Kesehatan setempat yg menyatakan belum / sudah berpraktik di wilayah tersebut).
8. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik.
9. Fotocopy Izin Operasional Fasyankes 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

**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 Terapis Gigi dan Mulut yang melaksanakan pekerjaan asuhan kesehatan gigi dan mulut pada sarana yang Kami pimpin yang beralamat di :

Alamat Bekerja : .....(tuliskan nama sarana)  
Jl.....  
RT / RW .....Kelurahan .....  
Wilayah Kerja Puskesmas .....  
Kecamatan.....  
Telepon / HP .....Kode Pos .....

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

Bandung,.....

Pimpinan

.....

Perihal : Permohonan Pengesahan Dokumen  
SIP Terapis Gigi dan Mulut

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. STRTGM : .....  
Tgl. Masa berlaku STRTGM : .....  
Lulusan : ..... Tahun.....  
Nama Sekolah : .....  
Alamat Rumah : Jl.....  
RT / RW .....Kelurahan/Desa .....  
Kecamatan.....Kota/Kabupaten.....  
Telepon / HP.....Kode Pos.....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan pengesahan dokumen sebagai persyaratan Surat Izin Praktik Terapis Gigi dan Mulut (SIPTGM) yg berlokasi 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.....

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Fotocopy STR TGM yang masih berlaku dan dilegalisasi asli.
2. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi.
3. Fotocopy SIPTGM 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