

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik
Bidan (SIPB) Mandiri

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 pernyataan memiliki tempat praktik.
5. Pas foto berwarna terbaru ukuran 3 X 4 cm sebanyak 4 (empat) lembar.
6. Denah Ruangan dan denah lokasi tempat praktik.
7. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi.
8. Rekomendasi dari Puskesmas Setempat.
9. Fotocopy SIPB yang dimiliki.
10. Perjanjian Kerjasama Pengelolaan Limbah Medis dengan Institusi yang memiliki Instalasi Pengelolaan Limbah.
11. 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

**SURAT PERNYATAAN
MEMPUNYAI TEMPAT PRAKTIK**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap :

Tempat / Tgl. Lahir :

Alamat Rumah : Jl

RT / RW.....Kelurahan/Desa

Kecamatan..... Kota/Kab.

Telepon / HP..... Kode Pos

Nomor STRB :

Masa berlaku STRB :

Dengan ini menyatakan bahwa saya mempunyai/memiliki tempat praktik di :

Alamat Praktik 1 :(nama fasyankes)

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

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

UPT. Puskesmas.....

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

Alamat Praktik 2 :(nama fasyankes)

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

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

UPT. Puskesmas

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya.

Bandung,.....

Pemohon,

Materai

.....

Nama Lengkap

DENAH RUANGAN DAN DENAH LOKASI TEMPAT PRAKTIK

Nama Lengkap :

Alamat Praktik : Jl.....RT.....RW.....
Kelurahan.....Kecamatan.....
UPT. Puskesmas
Telepon / HP.....Kode Pos.....

DENAH RUANGAN

DENAH LOKASI

Pemohon,

.....
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 Mandiri 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 Mandiri

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 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. STRB yang masih berlaku dan dilegalisasi asli.
2. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi.
3. Denah Ruangan dan denah lokasi tempat praktik.
4. Rekomendasi Puskesmas setempat

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

Bandung,.....
Pemohon,

.....
Nama Lengkap