

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.....  
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.....

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. Photo copy E-KTP Kota Bandung/ SKTS di Kota Bandung (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).
3. Photo copy STRTGM yang dilegalisir asli dan masih berlaku
4. Photo copy Ijazah yang dilegalisir asli
5. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik
6. Surat pernyataan memiliki tempat praktik
7. Pas foto berwarna terbaru ukuran 3 X 4 cm sebanyak 4 (empat) lembar latar Merah/Biru
8. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi
9. Rekomendasi dari Puskesmas Setempat
- 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

**SURAT PERNYATAAN  
MEMPUNYAI TEMPAT BEKERJA**

---

---

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 .....

Dengan ini menyatakan bahwa saya sudah mempunyai tempat bekerja yang beralamat 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.....

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya.

Bandung,.....  
Pemohon,

Materai 6000,-

.....  
Nama Lengkap

**DENAH RUANGAN DAN DENAH LOKASI TEMPAT PRAKTIK**

Nama Lengkap : .....

Tempat / Tgl. Lahir : .....

Alamat Praktik : Jl.....

RT / RW .....Kelurahan .....

Wilayah Kerja Puskesmas.....

Kecamatan .....

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

---

**DENAH RUANGAN**

---

**DENAH LOKASI**

Pemohon

.....

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

Bandung,.....

Pimpinan

.....

Perihal : Permohonan Pengesahan  
Dokumen SIPTGM

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 : .....  
No. STRTGM : .....  
Tgl. Masa berlaku STRTGM : .....  
Lulusan : ..... Tahun.....  
Nama Sekolah : .....  
Alamat Rumah : Jl.....  
RT / RW ..... Kelurahan/Desa .....  
Kecamatan..... Kota/Kabupaten .....  
Telepon / HP..... Kode Pos.....  
No.HP : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Pengesahan dokumen sebagai persyaratan Surat Izin Praktik Terapis Gigi dan Mulut (SIPTGM) yang berlokasi di :

Tempat Praktik : .....(tulis nama sarana)  
Jl.....  
RT / RW ..... Kelurahan .....  
Wilayah Kerja Puskesmas.....  
Kecamatan.....

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. STR yang masih berlaku dan dilegalisasi asli.
2. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi.
3. Denah Ruangan dan Denah Lokasi.
4. Rekomendasi Puskesmas setempat

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

Bandung,.....  
Pemohon,

.....  
Nama Lengkap