

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik
Terapis Wicara (SIPTW)

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. STRTW :
Tgl. Masa berlaku STRTW :
Lulusan : Tahun.....
Nama Sekolah :
Alamat Rumah : Jl.....
RT / RWKelurahan/Desa
Kecamatan.....Kota/Kabupaten
Telepon / HP.....Kode Pos.....
Tempat Bekerja 1 :(tuliskan nama sarana)
Jl.....
RT / RWKelurahan
Wilayah Kerja Puskesmas
Kecamatan.....
Tempat Bekerja 2 :(tuliskan nama sarana)
Jl.....
RT / RWKelurahan
Wilayah Kerja Puskesmas
Kecamatan.....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Terapis Wicara (SIPTW) yg berlokasi di :

Tempat Bekerja 1 :(tuliskan nama sarana)
Jl.....
RT / RWKelurahan
Wilayah Kerja Puskesmas
Kecamatan.....
Tempat Bekerja 2 :(tuliskan nama sarana)
Jl.....
RT / RWKelurahan
Wilayah Kerja Puskesmas
Kecamatan.....

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Permohonan Surat Izin Praktik Terapis Wicara (SIPTW)
2. Photo copy E-KTP Kota Bandung/ SKTS di Kota Bandung (bagi Tenaga Terapis Wicara 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 STRTW 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 / RWKelurahan/Desa
Kecamatan.....Kota/Kab.
Telepon / HPKode 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 / RWKelurahan
Wilayah Kerja Puskesmas.....
Kecamatan
Telepon / HPKode 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 Terapis Wicara diluar tempat bekerja Kami, sesuai dengan Perundang-undangan yang berlaku serta sepanjang yang bersangkutan tidak mengganggu tugas kedinasan.

Bandung,.....

Pimpinan

.....

Perihal : Permohonan Pengesahan
Dokumen SIPTW

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. STRTW :
Tgl. Masa berlaku STRTW :
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 Wicara (SIPTW) 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