

Perihal : Permohonan Pendaftaran Penyehat Tradisional

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 :
Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan
Tempat / Tgl.Lahir :
Agama :
Kewarganegaraan :
Pekerjaan :
Pendidikan Formal :
Alamat Rumah : Jl.....RT.....RW.....
Kelurahan.....Kecamatan.....
Kota/Kab.....
Telp.....
Alamat Tempat Praktik : Jl.....RT.....RW.....
Kelurahan.....Kecamatan.....
Kota/Kab.....
Telp.....
UPT. Puskesmas.....
Cara Perawatan : Ketrampilan/Ramuan/Kombinasi (*pilih salah satu*)

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Terdaftar Penyehat Tradisional (STPT).
Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Fotokopi Kartu Tanda Penduduk Elektronik Kota Bandung/ Surat Keterangan telah melakukan Perekaman E-KTP dari Kecamatan (bagi Tenaga Penyehat dengan KTP luar Kota Bandung melampirkan surat pengantar/rekomendasi dari Dinas Kesehatan setempat yg menyatakan belum / sudah berpraktik di wilayah tersebut);
2. Surat pernyataan mengenai metode atau teknik pelayanan yang diberikan;
3. Pas foto berwarna terbaru latar Merah ukuran 3 X 4 cm sebanyak 2 (dua) lembar;
4. Surat keterangan lokasi tempat praktik dari lurah;
5. Surat rekomendasi dari Asosiasi sejenis atau Surat keterangan magang dari tempat kegiatan magang yang telah memiliki pengalaman memberikan pelayanan kesehatan tradisional empiris secara aman dan bermanfaat paling sedikit 5 Tahun (bagi yang turun temurun);
6. Sertifikat Kompetensi yang dikeluarkan oleh Lembaga Sertifikasi Kompetensi (LSK) yang menjadi mitra dan diakui oleh Instansi Pembinaan Kursus dan Pelatihan Kemendikbud (bagi yang mengikuti pendidikan non formal);
7. Surat keterangan sehat dari dokter Pemerintah yang memiliki Surat Izin Praktik;
8. Denah Ruangan dan Denah Lokasi tempat menjalankan pekerjaan;
9. Surat Rekomendasi dari Puskesmas setempat.

Demikian surat permohonan ini atas perhatian dan kebijaksanaannya saya ucapkan terima kasih.

Bandung,.....
Pemohon,

.....
Nama Lengkap

SURAT PERNYATAAN PENYEHAAT TRADISIONAL

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.61 Tahun 2017 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional Empiris, dengan ini saya bertanda tangan dibawah ini menyatakan sebagai berikut :

1. Nama Lengkap :
2. Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan
3. Tempat / Tgl.Lahir :
4. Agama :
5. Kewarganegaraan :
6. Pekerjaan :
7. Pendidikan Formal :
8. Alamat Rumah : Jl.....RT.....RW...
Kelurahan.....Kecamatan.....
Kota/Kab.....
Telp.....
9. Alamat Tempat Praktik : Jl.....RT.....RW....
Kelurahan.....Kecamatan.....
Kota/Kab.....
Telp.....
10. Pengalaman praktik :Tahun
11. Cara Perawatan : Keterampilan/Ramuan/Kombinasi (*pilih salah satu*)
12. Dalam cara perawatan pelayanan kesehatan tradisional empiris, saya:
 - a. Menggunakan metode/cara : (*sebutkan*)
 - b. Menggunakan ramuan :
(*sebutkan semua ramuan yang digunakan*)
 - c. Menggunakan alat dan teknologi :
(*sebutkan semua alat dan teknologi yang digunakan*)

Dengan ini menyatakan dengan sebenarnya bahwa dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan tradisional empiris akan mematuhi ketentuan peraturan perundang-undangan. Demikian Surat Pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya dalam keadaan sehat akal maupun pikiran disertai kesanggupan untuk memelihara keindahan, kebersihan dan ketentraman lingkungan.

Bandung,20.....



TDT diatas Meterai 6000

(Nama Lengkap)

Nama :
Alamat Tempat Praktik : Jl.....RT.....RW.....
Kelurahan.....Kecamatan.....
Kota/Kab.....
Telp.....

DENAH RUANGAN

DENAH LOKASI

Pemohon,

.....
Nama Lengkap

KOP DINAS KELURAHAN.....

SURAT KETERANGAN LOKASI TEMPAT PRAKTIK

Nomor :.....

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
NIP :
Jabatan : Lurah.....

Memberikan keterangan kepada yang tersebut namanya di bawah ini:

1. Nama Lengkap :
2. Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan
3. Tempat / Tgl.Lahir :
4. Agama :
5. Kewarganegaraan :
6. Pekerjaan :
7. Pendidikan Formal :
8. Alamat Praktik : Jl.....RT.....RW....
Kelurahan.....Kecamatan.....
Kota/Kab.....
Telp.....

Bahwa sepanjang penelitian dan pengamatan kami selama ini yang bersangkutan tersebut diatas benar-benar BERLOKASI di(sebutkan alamat)

Demikian surat keterangan ini kami berikan kepada yang bersangkutan, untuk dipergunakan seperlunya.

Bandung, 20.....

Lurah.....
Kecamatan.....



TTD

Nama dan NIP lengkap
(.....)

SURAT KETERANGAN MAGANG

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.61 Tahun 2017 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional Empiris, saya bertanda tangan dibawah ini :

1. Nama Lengkap :
2. Pendidikan Formal :
3. Cara Perawatan : Keterampilan/Ramuan/Kombinasi (*pilih salah satu*)
4. Alamat Tempat Praktik : Jl.....RT.....RW.....
Kelurahan.....Kecamatan.....
Kota/Kab.....
Telp.....
4. Pengalaman praktik :Tahun (bukti terlampir, minimal 2 buah STPT dengan masa berlaku dalam waktu yang berurutan)

Dengan ini menyatakan dengan sebenarnya bahwa :

1. Nama Lengkap :
2. Tempat / Tgl.Lahir :
3. Pendidikan Formal :
4. Alamat Rumah : Jl.....RT.....RW...
Kelurahan.....Kecamatan.....
Kota/Kab.....
Telp.....

Telah melaksanakan kegiatan magang di tempat praktik saya selama.....tahun.....bulan (minimal satu tahun) yaitu mulai tanggal.....s/d.....Berdasarkan hasil penilaian dan pengamatan saya, selama magang yang bersangkutan telah cukup cakap dan mampu untuk melakukan pelayanan kesehatan tradisonal empiris secara mandiri dan layak untuk mendapatkan STPT. Adapun Cara perawatan pelayanan kesehatan tradisional empiris, yaitu dengan :

- Menggunakan metode/cara : (*sebutkan*)
Menggunakan ramuan :
(*sebutkan semua ramuan yang digunakan*)
Menggunakan alat dan teknologi :
(*sebutkan semua alat dan teknologi yang digunakan*)

Surat Keterangan ini dibuat untuk keperluan Pendaftaran sebagai Penyehat Tradisional di Kota Bandung.....

Demikian surat keterangan ini saya berikan kepada yang bersangkutan, untuk dipergunakan sebagaimana mestinya dan apabila data yang saya sampaikan tidak benar maka saya bersedia untuk mempertanggungjawabkannya sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Bandung, 20.....

TTD

Nama lengkap
(.....)

Perihal : Permohonan Pengesahan Dokumen STPT

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 :
Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan
Tempat / Tgl.Lahir :
Agama :
Kewarganegaraan :
Pekerjaan :
Pendidikan Formal :
Alamat Rumah : Jl.....RT.....RW.....
Kelurahan.....Kecamatan.....
Kota/Kab.....
Telp.....
Alamat Tempat Praktik : Jl.....RT.....RW.....
Kelurahan.....Kecamatan.....
Kota/Kab.....
Telp.....
UPT. Puskesmas.....
Cara Perawatan : Ketrampilan/Ramuan/Kombinasi (*pilih salah satu*).....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Pengesahan dokumen sebagai persyaratan Surat Terdaftar Penyehat Tradisional (STPT). Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Surat rekomendasi dari Asosiasi sejenis atau Surat keterangan magang dari tempat kegiatan magang yang telah memiliki pengalaman memberikan pelayanan kesehatan tradisional empiris secara aman dan bermanfaat paling sedikit 5 Tahun (bagi yang turun temurun);
2. Sertifikat Kompetensi yang dikeluarkan oleh Lembaga Sertifikasi Kompetensi (LSK) yang menjadi mitra dan diakui oleh Instansi Pembinaan Kursus dan Pelatihan Kemendikbud (bagi yang mengikuti pendidikan non formal);
3. Denah Ruangan dan Denah Lokasi tempat menjalankan pekerjaan;
4. Surat Rekomendasi dari Puskesmas setempat.

Demikian surat permohonan ini atas perhatian dan kebijaksanaannya saya ucapkan terima kasih.

Bandung,.....
Pemohon,

.....
Nama Lengkap