

Perihal : Permohonan Surat Izin
Praktik Akupunktur Terapis
(SIPAT)

Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal
dan Pelayanan Terpadu Satu
Pintu Kabupaten Purworejo

Di

PURWOREJO

Dengan hormat, Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap :
Alamat :
Tempat/Tanggal Lahir :
Jenis Kelamin :
Tahun Lulusan :
Nomor STRAT :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Akupunktur Terapis (SIPAT) pada
(sebut nama fasilitas pelayanan kesehatan atau tempat praktik dan alamat) sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2018 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Akupunktur Terapis. Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan:

- a. Fotokopi ijazah yang disahkan oleh pimpinan penyelenggara pendidikan;
- b. Fotokopi STRAT yang masih berlaku dan dilegalisasi asli;
- c. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki surat izin praktik;
- d. Surat pernyataan memiliki tempat praktik atau surat keterangan dari pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tempat Akupunktur Terapis berpraktik;
- e. Pas foto terbaru dan berwarna dengan ukuran 4X6 (empat kali enam) cm sebanyak 3 (tiga) lembar;
- f. Rekomendasi dari kepala dinas kesehatan daerah kabupaten/kota setempat; dan
- g. Rekomendasi dari Organisasi Profesi.

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

.....

Yang memohon,

(.....)