

**PERMOHONAN IZIN PRAKTIK TERAPIS GIGI DAN MULUT**

Nomor :  
Lampiran :  
Perihal : Permohonan Izin Praktik  
Terapis Gigi dan Mulut

Siak Sri Indrapura, .....  
Kepada Yth.  
**Bupati Siak**  
Cq. Kepala Dinas Penanaman Modal dan  
Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Siak  
di –  
**Siak Sri Indrapura**

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap : .....  
Alamat : .....  
Tempat/Tanggal lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Tahun Lulusan : .....  
Alamat Email : .....  
Nama Tempat Praktik : .....  
Alamat Tempat Praktik : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan izin Terapis Gigi dan Mulut, sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 20 tahun 2016 tentang izin dan Penyelenggaraan Praktik Terapis Gigi dan Mulut

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan

1. Fotokopi KTP pimpinan;
2. Surat Kuasa dan Fotokopi KTP apabila Pengurusan diwakilkan;
3. Fotokopi NPWP;
4. Foto Kopy ijazah disahkan pimpinan penyelenggaraan pendidikan;
5. Foto kopy STRTGM yang masih berlaku;
6. Surat keterangan sehat dari dokter Pemerintah;
7. Surat keterangan bekerja / tempat praktik dari fasilitas pelayanan kesehatan
8. Rekomendasi dari kepala dinas kesehatan Kabupaten Siak;
9. Pas foto 4x6 cm sebanyak 2 (dua) lembar.
10. Fotokopi SIPTGM Pertama untuk pengajuan SIPTGM yang kedua

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

..... 2024

Yang memohon,

Materai  
Rp. 10.000,-

( ..... )

**PERMOHONAN PERPANJANGAN IZIN PRAKTIK  
TERAPIS GIGI DAN MULUT**

Nomor :  
Lampiran :  
Perihal : Permohonan Izin Praktik  
Terapis Gigi dan Mulut

Siak Sri Indrapura, .....  
Kepada Yth.  
Kepala Dinas Penanaman Modal dan  
Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Siak  
di –  
**Siak Sri Indrapura**

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap : .....  
Alamat : .....  
Tempat/Tanggal lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Tahun Lulusan : .....  
Alamat Email : .....  
Nama Tempat Praktik : .....  
Alamat Tempat Praktik : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan izin Terapis Gigi dan Mulut, sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 20 tahun 2016 tentang izin dan Penyelenggaraan Praktik Terapis Gigi dan Mulut

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini lampirkan

1. Fotokopi KTP pimpinan
2. Surat Kuasa dan Fotokopi KTP apabila Pengurusan diwakilkan;
3. Fotokopi NPWP;
4. Foto Kপি ijazah disahkan pimpinan penyelenggaraan pendidikan;
5. Foto kপি STRTGM yang masih berlaku;
6. Surat keterangan sehat dari dokter Pemerintah;
7. Surat keterangan bekerja/ tempat praktik dari fasilitas pelayanan kesehatan
8. Surat pernyataan kecukupan SKP
9. Bukti pemenuhan kecukupan SKP
10. Rekomendasi dari kepala dinas kesehatan Kabupaten siak;
11. Pas foto 4x6 cm sebanyak 2 (dua) lembar
12. Perpanjangan SIPTGM melampirkan SIPTGM yang lama (asli)

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

..... 2024.....  
Yang memohon,

Materai  
Rp. 10.000,-

( ..... )

