

**FORMULIR PERMOHONAN IZIN PRAKTIK  
TENAGA KESEHATAN TRADISIONAL**

Nomor :  
Lampiran :  
Perihal : Permohonan Izin Praktik Tenaga Kesehatan Tradisional

Siak Sri Indrapura, 2024  
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 : .....  
Nomor STRTKT : .....  
No.Hp : .....  
Email : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Izin Praktik Tenaga Kesehatan Tradisional Pada ..... (sebut nama fasilitas pelayanan kesehatan atau tempat praktik dan alamat) sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 17 Tahun 2021 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Tenaga Kesehatan Tradisional .

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan:

1. Fotokopi KTP Pimpinan
2. Surat Kuasa dan Fotokopi KTP apabila Pengurusan diwakilkan
3. Foto Kopi NPWP
4. Fotokopi ijazah dilegalisir
5. Fotokopi STRTKT Interkontinental yang masih berlaku dan legalisasi asli
6. Surat keterangan sehat dari dokter Pemerintah;
7. Surat pernyataan memiliki tempat praktik atau surat keterangan dari pimpinan tempat Nakestrad Interkotinental berpraktik
8. Rekomendasi dari Kepala Puskesmas setempat
9. Rekomendasi dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Siak
10. Fotokopi SIPTKT Kesatu (untuk pengajuan SIPTKT Kedua)
11. Pas Foto latar belakang merah Ukuran 4x 6 ( 3 Lembar)

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

.....

**Pemohon ,**

Materai  
Rp 10.000 -

.....

**FORMULIR PERMOHONAN PERPANJANGAN IZIN PRAKTIK  
TENAGA KESEHATAN TRADISIONAL**

Nomor :  
Lampiran :  
Perihal : Permohonan Perpanjangan Izin  
Praktik Tenaga Kesehatan  
Tradisional

Siak Sri Indrapura, 2024  
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 : .....  
Nomor STRTKT : .....  
No.Hp : .....  
Email : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Izin Praktik Tenaga Kesehatan Tradisional Pada ..... (sebut nama fasilitas pelayanan kesehatan atau tempat praktik dan alamat) sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 17 Tahun 2021 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Tenaga Kesehatan Tradisional .

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan:

1. Fotokopi KTP Pimpinan
2. Surat Kuasa dan Fotokopi KTP apabila Pengurusan diwakilkan
3. Foto Kopi NPWP
4. Fotokopi ijazah dilegalisir
5. Fotokopi STRTKT yang masih berlaku dan legalisasi asli
6. Surat keterangan sehat dari dokter Pemerintah;
7. Surat pernyataan memiliki tempat praktik atau surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan tradisional
8. Surat pernyataan kecukupan SKP
9. Bukti pemenuhan kecukupan SKP
10. Rekomendasi dari Kepala Puskesmas setempat
11. Rekomendasi dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Siak
12. Pas Foto latar belakang merah Ukuran 4x 6 ( 3 Lembar)
13. Izin Praktik tenaga kesehatan tradisional lama (asli)

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

.....202.....

**Pemohon ,**

Materai  
Rp. 10.000,-

.....

