

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

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

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 Jamu : .....  
No.Hp : .....  
Email : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Izin Praktik Tenaga Kesehatan Tradisional Jamu Pada ..... (sebut nama fasilitas pelayanan kesehatan atau tempat praktik dan alamat) sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2018 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Tenaga Kesehatan Tradisional Jamu.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan:

1. Fotokopi KTP Pimpinan
2. Surat Kuasa dan Fotokopi KTP apabila Pengurusan diwakilkan;
3. Foto Kopy NPWP
4. Fotokopi ijazah yang disahkan oleh pimpinan penyelenggara pendidikan;
5. Fotokopi STRTKT Jamu yang masih berlaku dan dilegalisasi asli;
6. Surat keterangan sehat dari dokter Pemerintah;
7. Surat pernyataan memiliki tempat praktik atau surat keterangan dari pimpinan tempat Tenaga Kesehatan Tradisional Jamu berpraktik;
8. Rekomendasi dari Organisasi Profesi
9. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Siak.
10. Fotokopi SIP-TKT Jamu kesatu (untuk pengajuan SIP-TKT Jamu kedua)
11. Pas Foto latar belakang merah Ukuran 4 x 6 cm ( 3 Lembar)

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

.....,.....2024.....

**Pemohon ,**

Materai  
Rp 10 000 -

.....

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

Nomor : Siak Sri Indrapura, 2024  
Lampiran : Kepada Yth,  
Perihal : Permohonan Perpanjangan Izin Praktik Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan  
Tenaga Kesehatan Tradisional Jamu 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 Jamu : .....  
No.Hp : .....  
Email : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Perpanjangan Izin Praktik Tenaga Kesehatan Tradisional Jamu Pada ..... (sebut nama fasilitas pelayanan kesehatan atau tempat praktik dan alamat) sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2018 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Tenaga Kesehatan Tradisional Jamu.

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 yang disahkan oleh pimpinan penyelenggara pendidikan;
5. Fotokopi STRTKT Jamu yang masih berlaku dan dilegalisasi asli;
6. Surat keterangan sehat dari dokter Pemerintah;
7. Surat pernyataan memiliki tempat praktik atau surat keterangan dari pimpinan tempat Tenaga Kesehatan Tradisional Jamu berpraktik;
8. Surat pernyataan kecukupan SKP
9. Bukti pemenuhan Kecukupan SKP
10. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Siak.
11. Pas Foto latar belakang merah Ukuran 4 x 6 ( 3 Lembar)
12. Izin Praktik Tenaga Kesehatan Tradisional Jamu yang lama (Asli)

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

.....,.....2024.....

**Pemohon ,**

Materai  
Rp 10.000 -

.....

