

**FORMULIR PERMOHONAN IZIN PRAKTIK DOKTER**

Nomor :  
Lampiran :  
Perihal : Izin Praktik Dokter

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 dibawah ini,

Nama Lengkap : .....  
Alamat : .....  
Tempat, tanggal lahir : .....  
Jenis kelamin : .....  
Tahun Lulusan : .....  
Nomor STR : .....  
Email : .....  
No.hp : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Izin Praktik Dokter untuk tempat praktik yang ke ..... dengan alamat di .....

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan :

- 1 Fotokopi KTP Pemohon/ Pemilik sarana
- 2 Surat Kuasa dan Fotokopi KTP apabila Pengurusan diwakilkan;
- 3 Foto Kopi NPWP Pemohon/ Pemilik sarana
- 4 Fotokopi STR yang diterbitkan dan dilegalisasi asli oleh Konsil Kedokteran Indonesia (KKI)
- 5 Foto Kopi Ijazah dilegalisir
- 6 Surat keterangan sehat dari Dokter Pemerintah
- 7 surat keterangan tempat praktik atau surat keterangan dari fasilitas pelayanan kesehatan sebagai tempat praktiknya ;
- 8 Rekomendasi Puskesmas setempat (untuk praktik mandiri)
- 9 Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab.Siak
- 10 Surat persetujuan dari atasan langsung bagi Dokter yang bekerja pada Instansi /fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah atau pada instansi/ Fasilitas pelayanan kesehatan lain secara purna waktu
- 11 Pas Foto Ukuran 3x 4 cm ( 3 Lembar)

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

.....

**Pemohon ,**

Materai  
Rp. 10.000,-

.....

**FORMULIR PERMOHONAN PERPANJANGAN IZIN PRAKTIK DOKTER**

Nomor : Siak Sri Indrapura, 2024  
Lampiran : Kepada Yth,  
Perihal : Perpanjangan Izin Praktik Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan  
Dokter Di Terpadu Satu Pintu Kabupaten Siak  
Siak Sri Indrapura

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Lengkap : .....  
Alamat : .....  
Tempat, tanggal lahir : .....  
Jenis kelamin : .....  
Tahun Lulusan : .....  
Nomor STR : .....  
Email : .....  
No.hp : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Izin Praktik Dokter untuk tempat praktik yang ke ..... dengan alamat di .....

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan :

- 1 Fotokopi KTP Pemohon/ Pemilik sarana
- 2 Surat Kuasa dan Fotokopi KTP apabila Pengurusan diwakilkan;
- 3 Foto Kopy NPWP Pemohon/ Pemilik sarana
- 4 Fotokopi STR yang diterbitkan dan dilegalisasi asli oleh Konsil Kedokteran Indonesia (KKI)
- 5 Foto Kopy Ijazah dilegalisir
- 6 Surat keterangan sehat dari Dokter Pemerintah
- 7 surat keterangan tempat praktik atau surat keterangan dari fasilitas pelayanan kesehatan sebagai tempat praktiknya ;
- 8 Surat pernyataan kecukupan SKP
- 9 Bukti pemenuhan kecukupan SKP
- 10 Rekomendasi Puskesmas setempat (untuk praktik mandiri)
- 11 Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab.Siak
- 12 Surat persetujuan dari atasan langsung bagi Dokter yang bekerja pada Instansi /fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah atau pada instansi/ Fasilitas pelayanan kesehatan lain secara purna waktu
- 13 Pas Foto Ukuran 3x 4 cm ( 3 Lembar)
- 14 Surat izin praktik dokter yang lama (Asli)

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

.....

**Pemohon ,**

Materai  
Rp. 10.000,-

.....

