

**FORMULIR PERMOHONAN IZIN PRAKTIK DOKTER SPESIALIS**

Nomor :  
Lampiran :  
Perihal : Permohonan Izin Praktik  
Dokter Spesialis

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 Surat Izin Praktik (SIP ) Dokter Spesialis 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 Fotokopi Ijazah dilegalisir
- 6 Surat keterangan sehat dari Dokter Pemerintah
- 7 surat Keterangan tempat praktik atau surat keterangan dari fasilitas pelayanan kesehatan sebagai tempat praktik;
- 8 Rekomendasi Puskesmas setempat (untuk praktik mandiri)
- 9 Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab.Siak
- 10 Surat persetujuan dari atasan langsung bagi Dokter Spesialis yang bekerja pada Instansi /fasilitas pelayaan 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 SPESIALIS**

Nomor : Siak Sri Indrapura, 2024  
Lampiran : Kepada Yth,  
Perihal : Permohonan Perpanjangan Izin Praktik Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan  
Dokter Spesialis 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 Surat Izin Praktik (SIP ) Dokter Spesialis 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 Spesialis 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,-