

**Perihal : Permohonan Surat Izin
Penyelenggaraan Optik.**

Kepada Yth,
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Wonosobo
Di

W O N O S O B O

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama lengkap :
Alamat :
Tempat, tanggal lahir :

Dengan ini mengajukan permohonan atau perpanjangan ijin penyelenggaraan optikal dengan penanggung jawab refraksionis optisien :

Nama lengkap :
Alamat :
Tempat, tanggal lahir :

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami dilampirkan :

- 1 Foto copy KTP Pimpinan
- 2 Foto copy NPWP
- 3 Surat pernyataan kesediaan sebagai Penanggung jawab refraksionis optisien
 - a Foto copy Surat ijin Kerja (SIK) Refraksionis Optisien
 - b Foto copy Ijazah Refraksionis Optisien
 - c Foto copy KTP Penanggung jawab refraksionis optisien
 - d Foto copy SIRO
 - d Surat Keterangan Sehat dari Dokter
- 4 Foto Copy Surat Ijin Usaha perdagangan (SIUP)
- 5 Daftar peralatan optik
- 6 Daftar ketenagaan /pegawai
- 7 Denah ruangan dan peta lokasi
- 8 Surat Keterangan dari organisasi Profesi (IROPIN) Wonosobo
- 9 Surat rekomendasi dari GAPOPIN Wonosobo
- 10 Pas Foto 4x6 (3 Lembar)

Demikian atas perhatiannya kami ucapkan terimakasih.

Wonosobo,

Pemohon ,

Perihal : Permohonan Surat Izin Kerja Radiografer (SIKR)

Kepada Yth,
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Wonosobo
Di
W O N O S O B O

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama lengkap :
Alamat rumah :
Tempat, tanggal lahir :
Jenis kelamin :
Tahun Lulusan :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin kerja radiografer pada.....(*)

sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 357/MENKES/PER/V/2006 tentang Registrasi dan Izin Kerja Radiografer

Sebagai bahan pertimbangan terlampirkan

- a. Fotokopi ijasah
- b. Fotokopi SIR /STR yang masih berlaku ;
- c Surat keterangan sehat dan tidak buta warna dari dokter yang memiliki SIP ;
- d. Pas foto berwarna ukuran 4 X 6 sebanyak 3 (tiga) lembar untuk 1 tempat praktek ;
- e. Surat keterangan dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan atau yang menyatakan
- f. Rekomendasi organisasi profesi

Demikian surat ketengan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya

Wonosobo,

Pemohon ,

**Perihal : Permohonan Surat Izin
Kerja FisioTerapi**

Kepada Yth,
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Wonosobo
Di

W O N O S O B O

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama lengkap :
Tempat, tanggal lahir :
Jenis kelamin :
Lulusan :
Tahun Lulusan :
Nomor SIK/ STR :
Alamat rumah :
Nomor rekomendasi OP :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Kerja Fisioterapi (SIKF) pada (sebut sarana pelayanan kesehatannya, alamat, Kabupaten/Kota) sesuai keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 1363/Menkes/SK/XII/2002 ten

- a. Fotokopi ijazah pendidikan fisioterapi yang diakui pemerintah ;
- b. Fotokopi SIF / STR yang masih berlaku ;
- c. Surat keterangan sehat dari dokter ;
- d. Surat pernyataan mempunyai tempat praktik atau surat keterangan dari sarana pelayanan kesehatan sebagai tempat prakteknya ;
- e. Surat rekomendasi dari organisasi profesi, sesuai tempat praktek ;
- f. Pas foto berwarna ukuran 4 X 6 sebanyak 3 (tiga) lembar untuk 1 tempat praktek ;
- g. Surat izin dari pimpinan instansi/sarana pelayanan kesehatan dimana Fisioterapis dan dimaksud bekerja (khusus bagi Fisioterapis yang bekerja di sarana pelayanan kesehatan pemerintah atau sarana pelayanan kesehatan yang ditunjuk pemerintah) ;

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terimakasih.

Wonosobo,

Pemohon ,

##

QR-PSDK-SDK-01

**Perihal : Permohonan Surat Izin
Praktek (SIP)**

Kepada Yth,
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Wonosobo
Di

W O N O S O B O

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama lengkap : HP
Alamat :
Tempat, tanggal lahir :
Jenis kelamin :
Tahun Lulusan :
Nomor STR :
Nomor rekomendasi OP :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktek (SIP).....
dengan alamat :

1 _____
2 _____
3 _____

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan :

- a. Fotokopi surat tanda registrasi dokter atau surat tanda registrasi dokter gigi yang diterbitkan dan dilegalisir asli oleh Konsil Kedokteran Indonesia yang masih berlaku (STR Lembar 1 atau 2 dan atau 3) ;
- b. surat pernyataan mempunyai tempat praktik atau surat keterangan dari sarana pelayanan kesehatan sebagai tempat prakteknya ;
- c. surat rekomendasi dari organisasi profesi, sesuai tempat praktek ;
- d. pas foto berwarna ukuran 4 X 6 sebanyak 3 (tiga) lembar untuk 1 tempat praktek ;
- e. surat persetujuan dari atasan langsung bagi dokter dan dokter gigi yang bekerja pada instansi / fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah / pada instansi / fasilitas pelayanan kesehatan lain seara purna waktu.

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terimakasih.

Wonosobo,

Pemohon ,

**Perihal : Permohonan Surat Izin Kerja Bidan/Surat Izin Praktik Bidan
(SIKB/SIPB)**

Kepada Yth,
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Wonosobo
Di -
W O N O S O B O

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Lengkap

Alamat

Tempat, tanggal lahir

Jenis kelamin

Tahun Lulusan :

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1464/MENKES/PER/X/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan, dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Kerja Bidan/Surat Izin Praktik Bidan (SIKB/SIPB)

Sebagai bahan pertimbangan terlampir :

- a. Fotokopi SIB/STR yang masih berlaku dan dilegalisir
- b. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik;
- c. Surat pernyataan memiliki tempat praktik;
- d. Pas foto ukuran 4 X 6 cm sebanyak 3 (tiga) lembar;
- e. Surat izin dari pimpinan instansi/sarana pelayanan kesehatan dimana bidan dimaksud bekerja (khusus bagi bidan yang bekerja di sarana pelayanan kesehatan pemerintah atau sarana pelayanan kesehatan yang ditunjuk pemerintah);
- f. Rekomendasi dari organisasi profesi;

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terimakasih.

Wonosobo,
Pemohon ,

**Perihal : Permohonan Surat Izin Kerja
(SIK) Analis Kesehatan.**

Kepada Yth,
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Wonosobo
Di
W O N O S O B O

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama lengkap :
Alamat :
Tempat, tanggal lahir :
Jenis kelamin :
Tahun Lulusan :
Tempat Kerja :
Alamat Kerja :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Kerja (SIK) Analis Kesehatan pada.....

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami dilampirkan :

- a. Fotokopi STR yang masih berlaku
- b Surat keterangan sehat dari dokter;
- c Surat keterangan dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan yang menyebutkan tanggal mulai bekerja sebagai Analis .
- d Rekomendasi dari Organisasi Profesi
- e Pas foto ukuran 4 X 6 cm sebanyak 3 (tiga) lembar;

Demikian atas perhatiannya kami ucapkan terimakasih.

Wonosobo,

Pemohon ,

**Perihal : Permohonan Surat Izin Kerja
(SIK) Refraksionis Optisien**

Kepada Yth,
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Wonosobo
Di
W O N O S O B O

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama lengkap :
Alamat :
Tempat, tanggal lahir :
Jenis kelamin :
Tahun Lulusan :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Kerja (SIK) pada (*) sesuai keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 544/Menkes/SK/VI/2002 tentang Registrasi dan Izin Kerja Refraksionis Optisien

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami dilampirkan :

- a. Fotokopi Ijazah Refraksionis
- b. Fotokopi SIRO yang masih berlaku;
- c. Surat keterangan sehat dari dokter;
- d. Pas foto ukuran 4 X 6 cm sebanyak 3 (tiga) lembar;
- e. Surat keterangan dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan yang menyebutkan tanggal mulai bekerja sebagai refraksionis optisien.

Demikian atas perhatiannya kami ucapkan terimakasih.

Wonosobo,.....
Pemohon,

(.....)

(*) sebut nama sarana kesehatannya, alamat,kabupaten/kota

**Perihal : Permohonan Surat Izin Praktek
(SIK) Analis Laboratorium.**

Kepada Yth,
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Wonosobo
Di

W O N O S O B O

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama lengkap :
Alamat :
Tempat, tanggal lahir :
Jenis kelamin :
Tahun Lulusan :
Tempat Kerja :
Alamat Kerja :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktek (SIK) Analis pada.....

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami dilampirkan :

- a. Fotokopi STR yang masih berlaku
- b Surat keterangan sehat dari dokter;
- c Surat keterangan dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan yang menyebutkan tanggal mulai bekerja sebagai Analis .
- d Surat pernyataan kesanggupan
- e Rekomendasi dari Organisasi Profesi
- f Pas foto ukuran 4 X 6 cm sebanyak 3 (tiga) lembar;

Demikian atas perhatiannya kami ucapkan terimakasih.

Wonosobo,

Pemohon ,

**Perihal : Permohonan Surat Izin Kerja
Perawat Anestesi (SIKPA)**

Kepada Yth,
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Wonosobo
Di

W O N O S O B O

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Lengkap :
Alamat :
Tempat, Tanggal Lahir :
Jenis Kelamin :
Lulusan :
Tahun Lulusan :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Kerja Perawat Anestesi pada.....
(sebut nama sarana kesehatannya, alamat, nama kota/kab) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 31 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perawat Anestesi

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. fotocopy ijazah yang dilegalisir;
- b. fotocopy STRPA;
- c. fotocopy surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik
- d. surat pernyataan memiliki tempat dikerja di fasilitas pelayanan kesehatan;
- e pas foto berwarna terbaru ukuran 4 X 6 cm sebanyak 3 (tiga) lembar berlatar belakang merah
- f rekomendasi dari organisasi profesi
- g. SIKPA pertama / kedua (untuk permohonan SIKPA yang kedua / ketiga)

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terimakasih.

Wonosobo,

Pemohon ,

Perihal : Permohonan SIKPG / SIPPG

Kepada Yth,
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Wonosobo
Di

W O N O S O B O

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Lengkap :
Alamat Rumah :
Tempat, Tanggal Lahir :
Agama :
Jenis Kelamin :
Lulusan :
Tahun Lulusan :
Nomor STR :
Tempat Bekerja :
Alamat :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan SIKPG / SIPPG pada sesuai dengan
Permenkes RI Nomor 58 Tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perawat Gigi

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. Foto kopy ijazah yang dilegalisir
- b. Foto sertifikat kompetensi perawat gigi
- c. Fotocopy STRPG
- d. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki Surat Izi Praktik
- e. Surat pernyataan memiliki tempat kerja di fasilitas pelayanan
- f. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4X6 cm sebanyak 3 (tiga) lembar
- g. Rekomendasi dari organisasi profesi

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terimakasih.

Wonosobo,

Pemohon ,

**Perihal : Permohonan Surat Izin Kerja
(SIK) Nutrisionis**

Kepada Yth,
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Wonosobo
Di
W O N O S O B O

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama lengkap :
Alamat :
Tempat, tanggal lahir :
Jenis kelamin :
Tahun Lulusan :
Tempat Kerja :
Alamat Kerja :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Kerja (SIK) Nutrisionis pada.....

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami dilampirkan :

- a. Fotokopi STR yang masih berlaku
- b. Surat keterangan sehat dari dokter;
- c. Surat keterangan dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan yang menyebutkan tanggal mulai bekerja sebagai Ahli Gizi .
- d. Surat pernyataan kesanggupan
- e. Rekomendasi dari Organisasi Profesi
- f. Pas foto ukuran 4 X 6 cm sebanyak 3 (tiga) lembar;

Demikian atas perhatiannya kami ucapkan terimakasih.

Wonosobo,

Pemohon ,

**Perihal : Permohonan Surat Izin Kerja
(SIK) Kesehatan Lingkungan**

Kepada Yth,
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Wonosobo
Di
W O N O S O B O

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama lengkap :
Alamat :
Tempat, tanggal lahir :
Jenis kelamin :
Tempat Kerja :
Alamat Kerja :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Kerja (SIK)

Kesehatan Lingkungan Pada....

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami dilampirkan :

- a. Fotokopi STR yang masih berlaku
- b. Surat keterangan sehat dari dokter;
- c. Surat keterangan dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan yang menyebutkan tanggal mulai bekerja sebagai Kesehatan Lingkungan .
- d. Rekomendasi dari Organisasi Profesi
- e. Pas foto ukuran 4 X 6 cm sebanyak 3 (tiga) lembar;

Demikian atas perhatiannya kami ucapkan terimakasih.

Wonosobo,

Pemohon ,

Hal : Permohonan Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA)
(Kesatu/Kedua/Ketiga*)
di Fasilitas Pelayanan Kefarmasian

Yang terhormat,
Kepala Dinas Kesehatan/Penyelenggara Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten/Kota ...
di
.....

Dengan hormat,
Yang bertanda tangan di bawah ini,
Nama Lengkap :
Tempat, tanggal lahir :
Alamat Rumah :
Telepon :
Nomor Handphone :
E-mail :
No. STRA :
Masa berlaku STRA sampai :(tanggal/bulan/tahun)
Pendidikan terakhir :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA) Kesatu/Kedua/Ketiga*) sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 889/Menkes/Per/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktik dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 31 Tahun 2016 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 889/Menkes/Per/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktik, dan Izin Kerja Tenaga
Nama Fasilitas Kefarmasian :
Alamat :
Waktu Praktik**) : Hari :
Jam : s.d.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. fotokopi STRA dengan menunjukkan STRA asli;
- b. surat pernyataan mempunyai tempat praktik profesi atau surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kefarmasian;
- c. surat persetujuan atasan langsung;
- d. surat rekomendasi dari organisasi profesi;
- e. pas foto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 3 (tiga) lembar.
- f. fotokopi SIPA Kesatu (untuk pengajuan SIPA Kedua dan Ketiga)
- g. fotokopi SIPA Kedua (untuk pengajuan SIPA Ketiga).

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

Pemohon

.....
Nama Lengkap

Hal : Permohonan memperoleh Surat Izin Kerja Tenaga Teknis Kefarmasian (SIKTTK)
(SIPTTK pertama, kedua, ketiga)

Yang Terhormat,
Kepala Dinas Kesehatan Kab/Kota.....
di
.....

Dengan hormat,
Yang bertanda tangan di bawah ini,
Nama Lengkap :
No. STRTTK :
Tempat, tanggal lahir :
Jenis Kelamin :
Lulusan : D3 Farmasi/Sarjana Farmasi*
Tahun lulusan :
Alamat rumah :
Telp :
Nama Sarana ke-1 :
Alamat :
Nama Sarana ke-2 :
Alamat :
Nama Sarana ke-3 :
Alamat :
Nomor Hp :
E-mail :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Kerja
Tenaga Teknis Kefarmasian
(SIKTTK) sesuai Peraturan Menteri Kesehatan No.889/MENKES/PER/V/2011
tentang Registrasi, Izin Praktik dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian
Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. fotokopi STRTTK;
- b. surat pernyataan Apoteker atau pimpinan tempat pemohon melaksanakan pekerjaan kefarmasian**;
- c. surat rekomendasi dari organisasi yang menghimpun tenaga teknis kefarmasian; dan
- d. pas foto berwarna ukuran 4 X 6 sebanyak 3 (tiga) lembar

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih

Pemohon,

(.....)

Yth.
Kepala Instansi Pemberi Izin
Kabupaten/Kota
di

Dengan hormat,
Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap :
Alamat :
Tempat/Tanggal Lahir :
Jenis Kelamin :
Tahun Lulusan :
Nomor STRP :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Perawat pada (sebut nama Fasilitas Pelayanan Kesehatan atau tempat praktik dan alamat) sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan:

- a. Fotokopi ijazah yang disahkan oleh pimpinan penyelenggara pendidikan;
- b. Fotokopi STRP yang masih berlaku dan dilegalisasi asli;
- c. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki surat izin praktik;
- d. Surat pernyataan memiliki tempat praktik atau surat keterangan dari pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tempat Perawat berpraktik;
- e. Pas foto terbaru dan berwarna dengan ukuran 4x6 (empat kali enam) cm sebanyak 3 (tiga) lembar;
- f. Rekomendasi dari kepala dinas kesehatan daerah kabupaten/kota setempat; dan
- g. Rekomendasi dari Organisasi Profesi.

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

.....20.....
Yang memohon,

(.....)