Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik

Ahli Teknologi Laboratorium Medik (SIP-ATLM)

Kepada Yth,

Bupati Kabupaten /Walikota Kota..............

di

.....................................

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap : ..................................................................................

Alamat : ..................................................................................

Tempat/Tanggal lahir : ..................................................................................

Jenis Kelamin : ..................................................................................

Tahun Lulusan : ..................................................................................

Nomor STR-ATLM : ……………………………………………………………….….

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Ahli Teknologi Laboratorium Medik (SIP-ATLM) pada ................. (sebut nama fasilitas pelayanan kesehatan atau tempat praktik, dan alamat).

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini lampirkan :

1. fotokopi ijazah yang dilegalisasi;
2. fotokopi STR-ATLM atau STR-ATLM sementara bagi tenaga kesehatan warga negara asing;
3. surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik;
4. surat keterangan bekerja dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang bersangkutan;
5. pas foto berwarna terbaru ukuran 4X6 cm berlatar belakang merah;
6. rekomendasi dari kepala dinas kesehatan kabupaten/kota atau pejabat yang ditunjuk;
7. rekomendasi dari Organisasi Profesi; dan
8. SIP-ATLM pertama (untuk permohonan SIP-ATLM yang kedua). Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

........................................201.....

Yang memohon,

( ................................................)