|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **PEMERINTAH KOTA KOTAMOBAGU**  **DINAS PENANANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**  Jalan D. I. Panjaitan No. 375, Telp/Fax. (0434) 22810  email : [dpmptsp@kotamobagukota.go.id](mailto:dpmptsp@kotamobagukota.go.id),  website : <https://dpmptsp.kotamobagukota.go.id> | |
| FORMULIR PERMOHONAN  SURAT IZIN PRAKTIK TERAPIS GIGI DAN MULUT  (SIPTGM) | | No. Dokumen : FM-35-06  Revisi : 00  Tgl Terbit : 03-01-2018  Halaman : - |

|  |  |
| --- | --- |
| Nomor :  Sifat :  Lampiran : 1 (satu) berkas  Perihal : Permohonan Baru / Perubahan / Perpanjangan\*) | Kepada Yth.  **KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU KOTA KOTAMOBAGU**  di –  Kotamobagu |

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Lengkap | : | ……………………………………………………………………………...………… |
| Tempat, Tangal Lahir | : | ………………………………………………………………………………………… |
| Alamat Rumah | : | ………………………………………………………………………………………… |
|  | | ………………………………………………………………………………………… |
| Nomor Handphone | : | ………………………………………………………………………………………… |
| Jenis Kelamin | : | ………………………………………………………………………………………… |
| Tahun Lulus | : | ………………………………………………………………………………………… |
| No. STRTGM | : | ………………………………………………………………………………………… |

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Terapis Gigi dan Mulut, pada :

Nama Fasilitas Kesehatan : …………………………………………………………………………………………..

Alamat : ……………………………………………………………………………………….….

…………………………………………………………………………………………..

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 20 Tahun 2016 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Terapis Gigi dan Mulut.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan :

1. Fotocopy KTP;
2. Fotocopy ijazah yang disahkan oleh pimpinan penyelenggara pendidikan (legalisir);
3. Fotocopy Surat Tanda Registrasi Terapis Gigi dan Mulut (STRTGM) yang masih berlaku;
4. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki surat izin praktek (SIP);
5. Surat keterangan dari pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan atau yang menyatakan masih bekerja pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang bersangkutan;
6. Pas foto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 2 (dua) lembar;
7. Rekomendasi dari Organisasi Profesi;
8. Rekomendasi Dinas Kesehatan.

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

Kotamobagu, ……………………………………………

Yang bermohon,

……………………………………………….