

# PERMOHONAN

Kepada Yth. :  
Bapak Wali Kota Medan  
Cq. Kepala Dinas Penanaman Modal dan  
Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Medan  
di-  
MEDAN

## DIISI OLEH PEMOHON IZIN PRAKTIK TENAGA KESEHATAN

Yang bertanda tangan dibawah ini mengajukan permohonan *Izin Praktik Tenaga Kesehatan* sebagaimana dimaksud Peraturan Daerah Kota Medan No. 15 Tahun 2016 tentang Pembentukan Perangkat Daerah Kota Medan dan Peraturan Wali Kota Medan No. 1 tahun 2017 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Perangkat Daerah Kota Medan; serta Peraturan Wali Kota Medan No. 3 Tahun 2017 tentang Pelaksanaan Pelimpahan Sebagian Kewenangan Wali Kota Kepada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Medan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Wali Kota Medan Nomor 91 tahun 2017 tentang Perubahan Keempat Atas Peraturan Wali Kota Medan Nomor 3 tahun 2017 tentang Pelaksanaan Pelimpahan Sebagian Kewenangan Wali Kota Kepada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Medan Dalam Pelaksanaan Urusan Pemerintahan :

### I. Jenis Izin Praktik Tenaga Kesehatan\*

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Izin Dokter/ Dr. Gigi (Umum/ Spesialis) | <input type="checkbox"/> Izin Apoteker | <input type="checkbox"/> Tenaga Kesehatan Tradisional |
| <input type="checkbox"/> Izin Fisioterapi                        | <input type="checkbox"/> Izin Perawat  | <input type="checkbox"/> Elektromedis                 |
| <input type="checkbox"/> Izin Tenaga Teknis Kefarmasian          | <input type="checkbox"/> Izin Bidan    | <input type="checkbox"/> Izin lainnya :               |

### II. Jenis Permohonan Izin Praktik Tenaga Kesehatan

1. Permohonan Baru  Praktik yang ke :
2. Permohonan Pembaharuan

### III. Identitas Pemohon

1. Nama : .....
2. Tempat/Tgl.Lahir : .....
3. Alamat : .....
4. Kelurahan : .....
5. Kecamatan : .....
6. Nomor Telp. : .....

### IV. Identitas Sarana Pelayanan Kesehatan

1. Nama : .....
2. Alamat : .....
3. Kelurahan : .....
4. Kecamatan : .....
5. Kode Pos : .....
6. Nomor Telp. : .....
7. Tempat Praktik yang telah ada : 1. ....
2. ....

Demikian *Surat Permohonan Izin Praktik Tenaga Kesehatan* ini kami perbuat *dengan sebenarnya* dan apabila dikemudian hari ternyata *data/ informasi* dan keterangan yang diberikan *pada permohonan ini dan lampirannya tidak benar*, maka kami menyatakan bersedia *dibatalkan Izin Praktik* yang telah kami miliki dan *bersedia dituntut* sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Medan,

Materai Rp. 6000

( ..... )

\* *Persyaratan permohonan tercantum dibelakang*

## PERSYARATAN YANG DILAMPIRKAN

NO	LAMPIRAN PERMOHONAN	PEMOHON	PETUGAS
1	<b>Permohonan Baru dan Perubahan:</b>		
	a. Foto copy Kartu Tanda Penduduk (KTP) yang masih berlaku dan jelas		
	b. Fotocopy NPWP (bagi tenaga kesehatan selain dokter, dokter gigi umum/ spesialis, apoteker dan praktik mandiri pada permohonan pertama tidak diwajibkan melampirkan NPWP)		
	c. Pas foto warna terbaru 3 x 4 cm, sebanyak 3 (tiga) lembar		
	d. Fotocopy ijazah yang sesuai tertera pada STR yang dilegalisir oleh instansi yang menerbitkan		
	e. Asli surat keterangan berbadan sehat dan tidak buta warna yang dikeluarkan oleh dokter yang memiliki Surat Izin Praktik (SIP)		
	f. Foto copy Surat Tanda Register (STR) yang masih berlaku dilegalisir oleh instansi yang menerbitkan, (khusus untuk Dokter/ Dokter Gigi yang diterbitkan dan dilegalisir oleh Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) dan Apoteker diterbitkan dan dilegalisir oleh Komite Farmasi Nasional (KFN).		
	g. Asli surat rekomendasi dari organisasi profesi terbaru untuk izin praktik di sarana kesehatan yang dituju atau tempat praktik pelayanan secara mandiri		
	h. Asli surat keterangan dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan yang menyatakan tempat dan hari dan jam praktik/ bekerja bagi tenaga kesehatan yang praktik/ kerja di fasilitas kesehatan		
	i. Surat pernyataan memiliki tempat praktik mandiri yang menyatakan hari dan waktu praktik dilaksanakan dibubuhi materai 6000 (bagi tenaga kesehatan yang melakukan praktik mandiri)		
	j. Asli surat persetujuan dari atasan langsung bagi tenaga kesehatan yang bekerja pada instansi/ fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah (bagi tenaga kesehatan ASN aktif), dan bagi ASN yang telah pensiun melampirkan fc. KARIP		
	k. Fotocopy surat izin sarana bagi yang berpraktik di sarana pelayanan kesehatan atau surat pernyataan pemilik/ penanggung jawab akan segera mengurus izin sarana kesehatan yang belum ada atau telah habis masa berlakunya yang dibubuhi materai 6000		
	l. Foto copy surat izin praktik (SIP) yang ada		
	m. Bagi permohonan pembaharuan/ perubahan, harus melampirkan SIP asli terakhir		

Catatan :

1. Persyaratan yang dilampirkan merupakan satu kesatuan dengan formulir permohonan.
2. Pemohon sebelum memasukkan permohonan diwajibkan mencentang persyaratan yang dilampirkan pada kolom pemohon.
3. Petugas sebelum memberikan tanda terima diwajibkan mencentang persyaratan yang dilampirkan oleh pemohon pada kolom petugas.

Petugas Loker

( \_\_\_\_\_ )