

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik Ahli Teknologi Laboratorium Medik (SIP-ATLM)

KepadaYth,
Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Bandar Lampung
Di-
Bandar Lampung

Dengan hormat,
Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap :
Tempat /tanggal lahir :
Alamat :
Jenis Kelamin :

Tahun Lulusan : Nomor STR -
ATLM :

Dengan ini Mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Ahli Teknologi
Laboratorium Medik (SIP-ATLM) pada :

Nama fasilitas pelayanan :
Kesehatan atau tempat praktik
Alamat :

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. Fotocopy KTP, PBB, NPWP
- b. Fotocopy Ijasah yang dilegalisir
- c. Fotocopy STR-ATKM atau STR-ATLM sementara bagi tenaga kesehatan warga negara asing (WNA)
- d. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki surat izin praktik (SIP)
- e. Surat keterangan kerja dari fasilitas pelayanan kesehatan yang bersangkutan
- f. Rekomemdasi dari Dinas Kesehatan
- g. Rekomendasi dari organisasi profesi
- h. SIP-ALTM yang pertama (untuk permohonan SIP-ALTM yang kedua).

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

Bandar Lampung,

Yang Memohon,

Materai Rp. 6.000

(.....)