



No. /

Bidang Kesehatan

Checklist Persyaratan Surat Izin Praktik Tenaga Kesehatan Tradisional

Data Pemohon

Nama Pemohon : _____ (Nama Perusahaan bila merupakan badan hukum)

Alamat Pemohon : _____ (Alamat Perusahaan bila merupakan badan hukum)

No. Telp/HP : _____

Alamat Email : _____

No	Persyaratan	Ada	Tidak ada
1	Surat permohonan yang didalamnya terdapat pernyataan kebenaran dan keabsahan dokumen & data di atas kertas bermaterai Rp 6.000		
2	Identitas Pemohon/Penangung Jawab <ul style="list-style-type: none">WNI : Kartu Tanda Penduduk (KTP) dan Kartu Keluarga (KK) (Fotokopi)WNA : Kartu Izin Tinggal Terbatas (KITAS) atau VISA / Paspor (Fotokopi)		
3	Jika dikuasakan Surat kuasa di atas kertas bermaterai RP 6.000 dan KTP orang yang diberi kuasa		
4	Izin fasilitas pelayanan kesehatan yang masih berlaku [Fotokopi]		
5	Surat Tanda Registrasi (STR) yang masih berlaku atau Sertifikat Uji Kompetensi dari Lembaga Sertifikasi Kompetensi yang dibentuk oleh asosiasi pengobat tradisional yang ditetapkan sesuai peraturan perundang-undangan [Fotokopi yang dilegalisasi]		
6	Rekomendasi dari asosiasi atau organisasi profesi di bidang pengobatan tradisional yang bersangkutan		
7	Sertifikat atau ijazah pengobatan tradisional minimal D3 [Fotokopi]		
8	Biodata pengobat tradisional		
9	surat pernyataan memiliki tempat praktik atau Surat keterangan dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan yang menyatakan bekerja pada sarana yang bersangkutan.		
10	Pasfoto berwarna terbaru ukuran 4x6 cm sebanyak 3 (tiga) lembar		

Kelengkapan Berkas:

No	Langkah Prosedur	Tgl Diterima	Tgl Penyelesaian	Paraf
1	Front Office			
2	Back Office - Survey/Tidak Survey			
3	Kepala Unit PTSP			
4	Petugas penomoran			
5	Front Office			

Waktu Penyelesaian	Biaya Retribusi	Masa Berlaku
3 Hari Kerja	-	Sesuai STRTKT

Catatan

Ket : Mohon memberi catatan apabila pemohon datang lebih dari satu kali atau mengalami hambatan dalam langkah prosedur