



No. /
Bidang Kesehatan

Checklist Persyaratan Izin Praktik Perawat Gigi

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	Indentitas Pemohon/Penangung Jawab <ul style="list-style-type: none">WNI : Kartu Tanda Penduduk (KTP) dan Kartu Keluarga (KK) (Fotokopi)WNA : Kartu 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	Ijazah [Fotokopi]		
6	Surat Pernyataan memiliki tempat kerja/praktik di fasilitas kesehatan (bermaterai 6000)		
7	Surat pernyataan akan mentaati peraturan yang berlaku dan melaksanakan etika profesi (bermaterai 6000)		
8	Rekomendasi dari organisasi profesi		
9	Surat keterangan dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan yang menyatakan bekerja pada sarana yang bersangkutan		
10	Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik (SIP)		
11	Pasfoto berwarna terbaru ukuran 4x6 cm sebanyak 2 (dua) lembar berlatar belakang merah		
12	Surat Tanda Registrasi (STR) yang masih berlaku [Fotokopi yang dilegalisasi]		

Kelengkapan Berkas:

No	Langkah Prosedur	Tgl Diterima	Tgl Penyelesaian	Paraf
1	Front Office			
2	Tim Teknis - Survey / Tidak Survey			
3	Kasubag TU			
4	Kepala Unit PTSP			
5	Petugas penomoran			
6	Front Office			

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

Catatan

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