

**SURAT KETERANGAN TEMPAT PRAKTIK**

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Lengkap :  
Profesi :  
Tempat, Tanggal Lahir :  
NIK :  
Nomor STR :  
Masa Berlaku STR :  
Alamat Rumah :  
Nomor Handphone (WA) :  
Lulusan dari, Tahun :

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa data saya sebagaimana diatas adalah benar, dan benar berpraktik di.....yang beralamat di.....

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagai persyaratan administrasi perizinan Surat Izin Praktik (SIP) ke 1/2/3\*

Mengetahui

.....Tempat.....

Kepala Fasyankes/Kepala  
Dinas Kesehatan\*\*

(Tanda tangan + materai 10.000 tenaga  
medis/kesehatan)

(nama lengkap tenaga  
medis/kesehatan)

Keterangan

\*=pilih salahsatu

\*\*=Untuk praktik mandiri diketahui kepala dinas Kesehatan mendelegasikan kepada kepala puskesmas di wilayah kerjanya