**KOP SURAT**

**Alamat :**

**SURAT KETERANGAN**

**Nomor : .......................................**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : ..................................

Jabatan : ...................................

Menerangkan bahwa :

Nama : ...................................

NIK : ....................................

Jabatan : ...................................

Benar bekerja pada Sarana Kesehatan :

Nama : \*) Apotek/ Toko Obat/ Pribadi/ RS (umum/ khusus disebutkan jenisnya)/ Klinik (Utama/Pratama)/ (Rawat Jalan/ Rawat Inap) ……

Alamat :

Mulai praktik : (tanggal … s/d saat ini)

Jadwal Praktik : (Wajib Ada Jadwal)

Demikian surat keterangan kerja ini dibuat sebagai syarat untuk penerbitan Surat Izin Praktik Tenaga Kesehatan pada DPMPTSP Kota Medan.

Medan,.......... 2022

Pimpinan sarana,

**TTD/ STEMPEL**

**(NAMA LENGKAP)**

\*) pilih salah satu

Jika menjalankan Praktik Mandiri menggunakan format sbb :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini ,

Nama Lengkap :

Alamat :

Tempat/ Tanggal Lahir :

Nomor Telp/ HP. :

Jenis Tenaga Kesehatan :

Dengan ini menyatakan memiliki tempat praktik pada :

Nama Sarana/ Praktik Mandiri :

Alamat Praktik :

Kelurahan/ Kecamatan :

Hari / Jam Praktik :

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Medan,

Yang membuat pernyataan,

Materai 10.000

(..........................................)