**SURAT KETERANGAN MEMILIKI TEMPAT PRAKTIK**

Yang Bertanda Tangan di bawah ini :

Nama Lengkap  : ………………………………………………..

Tempat/ Tgl. Lahir  : ………………………………………………..

Alamat Tempat Tinggal  : ………………………………………………..

Nomor STR : ………………………………………………..

Masa Berlaku STR : ………………………………………………..

Nama Fasilitas Kesehatan : ………………………………………………..

Alamat Fasilitas Kesehatan : ………………………………………………..

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa saya telah memiliki tempat praktik praktik tersebut diatas sebagai syarat untuk pembuatan Surat Izin Praktik ………………. Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan serta Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor : HK.02.01/MENKES/6/2024 tentang Penyelenggaraan Perizinan Bagi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan Pasca Terbitnya Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk di ketahui sebagaimana mestinya dan bilamana tidak sesuai dengan surat keterangan ini maka saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Indramayu, ………………………20…

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mengetahui : \*)Kepala/Direktur ……Ttd dan Stempel(Nama Lengkap) |  | Yang Menerangkan,*Ttd,**Materai 10.000,-*(*Nama Lengkap Pemohon)* |

Catatan :

*\*) digunakan untuk, Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang bertempat kerja pada Fasilitas Kesehatan Milik Pemerintah dan atau Swasta*