



# CHECKLIST BERKAS

No. Dokumen : FM-XX.E.36-01  
Revisi : 01  
Tgl Efektif : 15 Mei 2020

## IZIN PRAKTIK TERAPIS GIGI DAN MULUT

TANGGAL : NO. REG :

### IDENTITAS PEMOHON

- 1 Nama :
- 2 Alamat :
- 3 No. Telp :
- 4 Nama Usaha :
- 5 Alamat Usaha :

### CHECKLIST VERIFIKASI PERSYARATAN

DIISI OLEH FRONT OFFICE						DIISI OLEH BACK OFFICE			
NO	JENIS BERKAS	KELENGKAPAN BERKAS				Keterangan	PERSYARATAN		KETERANGAN
		Baru		Perpanjangan			OK	Tidak OK	
		Ada	Tidak ada	Ada	Tidak ada				
1	Surat permohonan bermaterai Rp. 6.000								
2	FC. KTP-el								
3	FC. Ijazah yang dilegalisir								
4	FC. Surat Tanda Registrasi Terapis Gigi dan Mulut (STRTGM) yang dilegalisir								
5	FC. Sertifikat Kompetensi Terapis Gigi dan Mulut								
6	Surat Keterangan Sehat fisik dari dokter								
7	Surat pernyataan mempunyai tempat dan fasilitas praktek								
8	Surat rekomendasi Organisasi Profesi								
9	Rekomendasi Kepala Puskesmas								
10	Rekomendasi Kepala Dinas Kesehatan								
11	Pas Foto Berwarna ukuran 4 x 6 cm sebanyak 3 lembar								
12	BPJS kesehatan dan/atau ketenagakerjaan								
<b>Status Tindak Lanjut :</b>		<b>Status Kelengkapan Berkas</b> <input type="checkbox"/> Berkas Tidak Lengkap Tetap dilanjutkan ke Bidang dengan Syarat <input type="checkbox"/> Berkas Lengkap <input type="checkbox"/> Berkas				<b>Status Kelengkapan Persyaratan</b> <input type="checkbox"/> Dikembalikan ke loket <input type="checkbox"/> Diteruskan ke Pembuatan Izin dengan syarat sesuai kewenangan Kabid <input type="checkbox"/> Persyaratan Lengkap Lanjut Pembuatan Izin			
		Paraf FO :		Paraf BO :		Paraf Kasi :		Paraf Kabid :	
		Catatan Petugas:				Catatan Bidang:			