

No. Dokumen : FM-XX.E.36-01
 Revisi : 00
 Tgl Efektif : 02 September 2019

CHECKLIST BERKAS

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								

Status Tindak Lanjut : 	Status Kelengkapan Berkas <input type="checkbox"/> Berkas Tidak Lengkap Tetap dilanjutkan ke Bidang dengan Syarat <input type="checkbox"/> Berkas Lengkap <input type="checkbox"/> Berkas	Status Kelengkapan Persyaratan <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: