|  |  |
| --- | --- |
| **Perihal : Permohonan Pencabutan** **Surat Izin Praktik (SIP)** | **Kepada :**Yth. Kepala DPMPTSP Kabupaten Sumedangdi  **Sumedang** |

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap : …………………………………………..

Tempat, tanggal lahir : …………………………………………..

Jenis Kelamin : …………………………………………..

Lulusan / Tahun : …………………………………………..

Alamat Rumah : …………………………………………..

Nomor Telepon : …………………………………………..

Unit Kerja : …………………………………………..

Dengan ini mengajukan pencabutan / pembatalan Surat Izin Praktik,

1. Nama Sarana : …………………………………………….
2. Alamat Praktik : …………………………………………….
3. Nomor SIP : …………………………………………….

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan asli SIP yang dicabut dan surat keterangan dari Sarana Kesehatan. Demikian atas perhatiannya kami sampaikan terima kasih.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Sumedang, ...............................Pemohon**…………………………….** |