

Perihal : Permohonan Pencabutan SIP

Kepada,
Yth. Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Sleman
di.
S L E M A N

Dengan Hormat,

Yang bertanda Tangan di bawah ini

Nama Lengkap	:	
Tempat/Tanggal Lahir	:	
Jenis Kelamin	:	
Nomor SIP	:	
SIP KE	:	
Tempat Bekerja	:	
Alamat Rumah	:	
No. Telp/Hp	:	

Dengan ini mengajukan permohonan Pencabutan SIP karena.....

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan:

1. SIP ASLI
2. Foto Copy KTP.
3. Surat kuasa bermaterai 6.000
4. Foto Copy KTP yang diberi kuasa.

Demikian atas perhatiannya kami ucapkan terimakasih.

Sleman,.....

Pemohon

(.....)