

Perihal : Permohonan Pencabutan SIPA

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 SIPA	:	
SIPA KE	:	
Tempat Bekerja	:	
Alamat Rumah	:	
No. Telp/Hp	:	

Dengan ini mengajukan permohonan Pencabutan SIPA 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.
5. Jika APA maka harus melampirkan SIPA APA Pengganti

Demikian atas perhatiannya kami ucapkan terimakasih.

Sleman,.....

Pemohon

(.....)