

Formulir 1d

NOMOR URUT

Kepada Yth.
Ketua Konsil Kedokteran Indonesia
di –
Jakarta

Bersama ini kami mengajukan permohonan Surat Tanda Registrasi sesuai dengan Undang-Undang Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran :

STR Bersyarat dokter/dokter spesialis /dokter gigi/dokter gigi spesialis WNA *)

N a m a :
No Paspor :
Tempat lahir/ tgl lahir :
Warga Negara :
Kompetensi : Dokter Umum/ Dokter gigi
Dokter Spesialis/dokter gigi spesialis*)
Alamat Penyelenggara Diklat :
Alamat korespondensi :
Alamat Domisili :RT/RW.....
KelurahanKecamatan.....
Kode pos.....
No. Tlp. Domisili :
No. HP :
E-mail :

Sebagai bahan pertimbangan kami lampirkan persyaratan sesuai dengan ketentuan.

Demikian permohonan ini saya buat dengan sebenarnya

.....
(nama tempat/kota) (tanggal bulan tahun surat permohonan dibuat)

Yang membuat permohonan **)

.....
(nama pemohon)

Keterangan.

*) coret yang tidak perlu

**) ditanda tangani oleh pemohon

Harap diisi dengan HURUF KAPITAL