



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Formulir I

**Perihal : Permohonan Surat Izin Kerja Bidan/Surat Izin Praktik Bidan
(SIKB/SIPB)**

Kepada Yth,
Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap :
Alamat :
Tempat, tanggal lahir :
Jenis kelamin :
Tahun Lulusan :

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1464/MENKES/PER/X/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan, dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Kerja Bidan/Surat Izin Praktik Bidan (SIKB/SIPB).

Sebagai bahan pertimbangan terlampir:

- fotokopi SIB/STR yang masih berlaku dan dilegalisasi;
- surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik;
- surat pernyataan memiliki tempat praktik;
- pas foto berwarna terbaru ukuran 4 X 6 cm sebanyak 3 (tiga) lembar;
- rekomendasi dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau pejabat yang ditunjuk; dan
- rekomendasi dari organisasi profesi

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

.....
Pemohon.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Formulir II

KOP PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN/KOTA ...

SURAT IZIN KERJA BIDAN (SIKB)

Nomor:

Yang bertanda tangan di bawah ini, Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota ...
memberikan izin kerja kepada:

Nama : ...
Tempat/tanggal lahir : ...
Alamat : ...
Nomor SIB/STR : ...

Untuk bekerja sebagai bidan di ... (*tempat dan alamat lengkap fasilitas pelayanan kesehatan*)

Surat Izin Kerja Bidan (SIKB) ini berlaku sampai dengan tanggal ...
(*sesuai pemberlakuan SIB/STR*)



Pas Foto
4X6

Dikeluarkan di ...
Pada tanggal ...
Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota ...

(.....)

Tembusan :

1. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi ...;
2. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota;
3. Ketua Ikatan Bidan Indonesia (IBI) daerah ...; dan
4. Peringgal.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Formulir III

KOP PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN/KOTA ...

SURAT IZIN PRAKTIK BIDAN (SIPB)

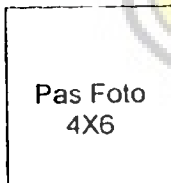
Nomor:

Yang bertanda tangan di bawah ini, Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota ...
memberikan izin praktik kepada:

Nama
Tempat/tanggal lahir
Alamat
Nomor SIB/STR

Untuk berpraktik sebagai bidan di ... (*tempat dan alamat lengkap tempat praktik*)

Surat Izin Praktik Bidan (SIPB) ini berlaku sampai dengan tanggal ...
(*sesuai pemberlakuan SIB/STR*)



Pas Foto
4X6

Dikeluarkan di ...
Pada tanggal ...
Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota ...

(.....)

Tembusan .

1. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi ...;
2. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota ...;
3. Ketua Ikatan Bidan Indonesia (IBI) daerah ...; dan
4. Peringgal.