

Contoh Surat Tanda Registrasi Perawat Anestesi  
MAJELIS TENAGA KESEHATAN INDONESIA  
(THE INDONESIAN HEALTH PROFESSION BOARD)

SURAT TANDA REGISTRASI PERAWAT ANESTESI  
REGISTRATION CERTIFICATE OF ANESTHETISTS NURSE

NOMOR REGISTRASI : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
REGISTRATION NUMBER

NAMA :  
NAME

TEMPAT/TANGGAL LAHIR :  
PLACE/DATE OF BIRTH

JENIS KELAMIN :  
SEX

NOMOR IJAZAH :  
CERTIFICATE NUMBER

TANGGAL LULUS :  
DATE OF GRADUATION

PERGURUAN TINGGI :  
UNIVERSITY

KOMPETENSI :  
COMPETENCE

NOMOR SERTIFIKAT KOMPETENSI:  
COMPETENCE CERTIFICATION NUMBER

STR BERLAKU SAMPAI : (sesuai pemberlakuan sertifikat kompetensi)  
VALID UNTIL



.....201.....

a.n.Menteri Kesehatan

KETUA MAJELIS TENAGA KESEHATAN INDONESIA  
CHAIRMAN OF INDONESIAN HEALTH PROFESSION BOARD

PAS FOTO

CAP/  
STAMP  
MTKI

(.....)

## Formulir II

Perihal : Permohonan Surat Izin Kerja  
Perawat Anestesi (SIKPA)

Kepada Yth,  
Kepala Dinas Kesehatan  
Kabupaten/Kota .....  
di  
.....

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap : .....  
Alamat : .....  
Tempat/Tanggal Lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Tahun Lulusan : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Kerja Perawat Anestesi pada ..... (sebut nama sarana kesehatannya, alamat, nama kota, kabupaten/kota) sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor ..... tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perawat Anestesi.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan:

- a. fotocopy ijazah yang dilegalisir;
- b. fotocopy STRPA;
- c. fotocopy surat keterangan sehat dari dokter yang mempunyai Surat Izin Praktik;
- d. surat pernyataan memiliki tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan;
- e. pas foto terbaru ukuran 4x6 cm sebanyak 3 (tiga) lembar berlatar belakang merah;
- f. rekomendasi dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau pejabat yang ditunjuk;
- g. rekomendasi dari organisasi profesi; dan
- h. SIKPA pertama/kedua (untuk permohonan SIKPA yang kedua/ketiga).

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

Yang memohon,

(.....)

KOP DINAS KESEHATAN KABUPATEN/KOTA ... \*

SURAT IZIN KERJA PERAWAT ANESTESI (SIKPA)

Nomor .....

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor ... tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perawat Anestesi, yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota ... memberikan izin kerja kepada:

\_\_\_\_\_

(Nama Lengkap)

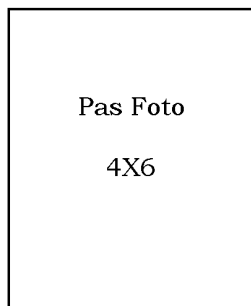
Tempat/tanggal lahir : .....

Alamat : .....

Nomor STRPA : .....

Untuk menjalankan pekerjaan sebagai Perawat Anestesi di ... (*tempat dan alamat lengkap Fasilitas Pelayanan Kesehatan*).

Surat Izin Kerja Perawat Anestesi Tenaga Gizi (SIKPA) ini berlaku sampai dengan tanggal ... (*sesuai pemberlakuan STRPA*).



Dikeluarkan di .....

Pada tanggal .....

Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota .....

Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota .....

(.....)

Keterangan : \*) Jika izin diberikan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Tembusan :

1. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi...;
2. Ketua Ikatan Perawat Anestesi Indonesia Daerah...; dan
3. Peringgal.

Formulir IV

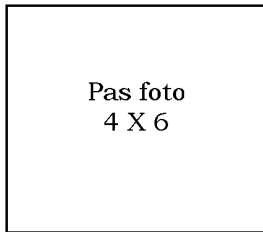
KOP DINAS KESEHATAN KABUPATEN/KOTA ... \*

## SURAT TUGAS PERAWAT ANESTESI

Nomor .....

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor ..... tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perawat Anestesi, yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi ..... memberikan Surat Tugas kepada:

Nama : .....  
 Tempat/Tanggal Lahir : .....  
 Alamat : .....  
 Untuk Melakukan Pekerjaan : .....  
 Alamat Tempat Bekerja : .....  
 Nomor STRPA : .....  
 Surat Tugas Ke : .....  
 Surat tugas berlaku sampai dengan tanggal .....



Dikeluarkan pada tanggal .....  
 a.n Menteri Kesehatan  
 Kepala Dinas Provinsi .....

Nama .....  
 NIP .....

Tembusan :

1. Menteri Kesehatan Republik Indonesia;
2. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota...;
3. Ketua Ikatan Perawat Anestesi Indonesia Daerah...; dan
4. Pertinggal