

**PERMOHONAN REKOMENDASI IZIN PERMERIKSAAN SWAB ANTIGEN UNTUK  
COVID 19**

Nomor : ..... Jayapura, .....  
Lampiran : ..... Kepada Yth;  
Perihal : Permohonan Rekomendasi Izin Kepala Dinas Kesehatan Kota Jayapura  
di-  
Jayapura

Bersama ini kami sampaikan permohonan izin rekomendasi untuk pemeriksaan swab antigen:

Nama Sarana : .....  
Nama Pemohon : .....  
Alamat : Jln. ....  
Kelurahan. ....  
Distrik .....  
Kota .....  
No. Hp .....  
Nama Pimpinan / Pemilik : .....  
Penanggung Jawab Sarana : .....

Dengan lampiran lengkap masing-masing rangkap satu:

1. Foto copy Surat Izin Sarana
2. Foto copy SIP / SIK Tenaga Kesehatan
3. Sertifikat terkait pemeriksaan Swab
4. MOU dengan dokter penanggungjawab
5. MOU Pembuangan Limbah dan Bukti Pembayaran Limbah
6. Rekomendasi dengan Puskesmas terkait dengan pemeriksaan rapid test antigen
7. Membuat surat pernyataan mengirim laporan dan menginputkan data pemeriksaan Rapid Antigen di *Allrecord Antigen*.
8. Membuat Surat Pernyataan Tunduk dan Patut terhadap peraturan perundang-undangan
9. Siapkan 2 Tanaman Obat Tradisional dan dilengkapi dengan penjelasan fungsi tanaman obat dan cara pakainya.

Demikian permohonan ini dibuat dengan harapan dapat disetujui. Atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

Jayapura, ....

Pemohon

Materai

10.000

(.....)