

Hal : Permohonan Rekomendasi Surat Izin
Praktek Apoteker (SIPA)
Kesatu/Kedua/Ketiga
di Fasilitas Pelayanan Kefarmasian

K e p a d a

YTH. Kepala Dinas Kesehatan,
Pengendalian Penduduk
Dan Keluarga Berencana
Kabupaten Trenggalek
di
TRENGGALEK

Dengan hormat

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama :
Alamat :
Tempat / tanggal lahir :
Jenis Kelamin :
No HP :
NIK/No KTP :
Pendidikan Terakhir :
Lulusan dari :
Tahun Lulusan :
Nomor STR :
Berlaku sampai :

Dengan ini mengajukan permohonan rekomendasi untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA) pada

- I. Nama Fasilitas Kefarmasian :
Alamat :
Waktu Praktek :
Jam :
- II. Nama Fasilitas Kefarmasian :
Alamat :
Waktu Praktek :
Jam :
- III. Nama Fasilitas Kefarmasian :
Alamat :
Waktu Praktek :
Jam :

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. Fotokopi STRA legalisir
- b. Fotocopy Ijasah
- c. Fotocopy KTP
- d. Surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kefarmasian
- e. Surat persetujuan atasan langsung
- f. Surat rekomendasi dari organisasi profesi

- g. Fotocopi SIPA 1 dan 2 jika yang bersangkutan sudah pernah mengajukan SIPA sebelumnya

Demikian atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

Pemohon,.....

()

SURAT PERSETUJUAN PIMPINAN

Yang bertandatangan di bawah ini

Nama Lengkap :
Jabatan :
Nama Instansi :
Alamat Instansi :
Telepon :

Dengan ini memberikan persetujuan kepada :

Nama Lengkap :
Tempat tanggal lahir :
Alamat Rumah :
Telepon :
No Handphone :
E-mail :
No STRA :
Masa berlaku STRA :

Untuk bekerja sebagai Apoteker pada :

Nama Fasilitas Kefarmasian :
Alamat :

Dmikian Surat Persetujuan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonan SIPA

Trenggalek,

()

