

Perihal : Permohonan Rekomendasi  
SIPTTK

K e p a d a  
YTH. Kepala Dinas  
Kesehatan, Pengendalian  
Penduduk  
Dan Keluarga Berencana  
Kabupaten Trenggalek  
di  
TRENGGALEK

Dengan hormat,  
Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama : .....  
Alamat : .....  
Tempat / tanggal lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
E-mail : .....  
No HP : .....  
NIK/No KTP : .....  
Pendidikan Terakhir : SMF/D3 Farmasi/Sarjana Farmasi/.....  
Lulusan dari : .....  
Tahun Lulusan : .....  
Nomor STR : .....  
Berlaku sampai : .....

Dengan ini mengajukan permohonan rekomendasi untuk mendapatkan Surat Ijin Praktek Tenaga  
Teknis Kefarmasian ( SIPTTK ) pada :

- I. Nama Sarana I : .....  
Alamat : .....  
Hari Kerja / Praktek : .....  
Jam Kerja / Praktek : .....
- II. Nama Sarana II : .....  
Alamat : .....  
Hari Kerja / Praktek : .....  
Jam Kerja / Praktek : .....
- III. Nama Sarana III : .....  
Alamat : .....  
Hari Kerja / Praktek : .....  
Jam Kerja / Praktek : .....

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. Fotocopy STRTTK legalisir
- b. Fotocopy KTP
- c. Fotocopy Ijazah
- d. Surat pernyataan Apoteker atau pimpinan tempat pemohon melaksanakan pekerjaan kefarmasian;
- e. Surat keterangan atasan yang menyatakan tidak keberatan bekerja di Fasilitas Kesehatan lain di luar jam kerja
- f. Surat rekomendasi dari organisasi yang menghimpun tenaga teknis kefarmasian;

Demikian atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terimakasih.

Trenggalek, .....

Pemohon

---