Hal : Permohonan Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA) Kesatu/Kedua/Ketiga\*!

di Fasilitas Pelayanan Kefarmasian

Yang terhormat,

Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu

Kabupaten Magetan

di Tempat

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap :

Tempat, tanggal lahir :

Alamat Rumah :

Telepon :

Nomor Handphone :

E-mail :

No. STRA :

Masa berlaku STRA sampai :

Pendidikan terakhir :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izi Praktik Apoteker (SIPA) Kesatu/Ked a/Kohga” sesuai Peraturan Menteri sehatan Nomor 889/Menkes/Per/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktik dan I in Kerja Tenaga Kefarmasian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan M nteri Kesehatan Nomor 31 Tahun 2016 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 889/Menkes/Per/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktik, dan I in Kerja Tenaga Kefarmasian, pada:

Nama Fasilitas Kefarmasian :

Alamat :

Waktu Praktik\*”\* :

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. fotokopi STRA dengan menunjukkan STRA asli;
2. surat pernyataan mempunyai tempat praktik profesi atau surat keterangan dari pimpinan fasilitas peiayanan kefarmasian;
3. surat persetujuan atasan langsung;

4. surat rekomendasi dari organisasi profesi;

5. pas foto berwarna ukuran 4 x 6

6. fotokopi SIPA Kesatu (untuk pengajuan SIPA Kedua dan Ketiga)

7. fotokopi SIPA Kedua (untuk pengajuan SIPA Ketiga)

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

Magetan, ...............................

Pemohon

\*catatan : semua berkas lampiran asli discan dalam bentuk pdf.