

KOP INSTANSI/SARANA

SURAT PERSETUJUAN PIMPINAN

Yang bertandatangan di bawah ini,

Nama Lengkap dan gelar :
Jabatan :
Nama Instansi/Fasilitas :
Alamat Instansi/Fasilitas :
Nomor Hp :

Dengan ini memberikan persetujuan kepada :

Nama lengkap dan gelar :
Tempat, tanggal lahir :
Alamat rumah :

Nomor Hp :
E-mail :
No. STRA :
Masa berlaku STRA :
(tanggal, bulan, tahun)

Untuk bekerja sebagai Apoteker Penanggungjawab pada :

Nama Sarana :
Alamat :

Demikian Surat Persetujuan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonan SIPA.

.....
Hormat kami

.....

Keterangan :

- *Penulisan nama disertai gelar*
- *Tanda tangan dilengkapi stempel sarana*