

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*