

Hal : Permohonan Rekomendasi Surat Izin Praktek Tenaga Teknis Kefarmasian (SIPTTK)
Kesatu/Kedua/Ketiga (coret yang tidak perlu)

Yang terhormat,

Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal

Di

SLAWI

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama lengkap dan gelar :
NIK :
Tempat, tanggal lahir :
Alamat Rumah :
Nomor handphone :
NPWP :
E-mail :
No. STRTTK :
Masa berlaku STRTTK sampai : (tanggal/bulan/tahun)
Pendidikan terakhir :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktek Tenaga Teknis Kefarmasian (SIPTTK) Kesatu/Kedua/Ketiga* sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 889/Menkes/Per/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktik dan Izin kerja Tenaga Kefarmasian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri kesehatan Nomor 31 Tahun 2016 tentang perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan nomor 889/Menkes/per/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktik, dan Izin kerja Tenaga Kefarmasian, pada :

Nama Fasilitas Kefarmasian :
Alamat :
Waktu Praktik** : Hari :
Jam : S.d.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. Fotokopi STRTTK (dengan menunjukan STRTTK asli) 1 lembar ;
- b. Fotokopi KTP 1 lembar ;
- c. Fotokopi NPWP 1 lembar ;
- d. Asli surat keterangan dari APJ fasilitas pelayanan kefarmasian dengan kop dan stempel sarana 1 lembar (Form-15);
- f. Asli surat persetujuan atasan langsung dengan kop dan stempel instansi (bagi pemohon yang bekerja di instansi lain) 1 lembar (Form-16) ;
- g. Asli surat rekomendasi dari organisasi profesi 1 lembar ;
- h. Pas foto ukuran 3 x 4 sebanyak 2 lembar ;
- i. Fotokopi SIPTTK Kesatu (untuk pengajuan SIPTTK Kedua) 1 lembar ;
- j. Asli SIPTTK lama (untuk pengajuan perpanjangan SIPTTK) 1 lembar.

Seluruh persyaratan dibuat rangkap 2 (1 untuk Dinkes, 1 untuk arsip pemohon) dan dimasukkan ke dalam map merah bertuliskan nama lengkap dan nomor HP.

Demikian , atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terimakasih.

.....
Pemohon,

Materai 10.000
(.....)