

Perihal : Permohonan Surat izin Praktik Apoteker

Kepada,
Yth. Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Sleman
di.

S L E M A N

Dengan Hormat,

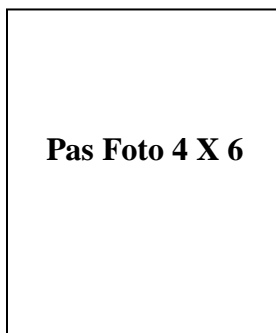
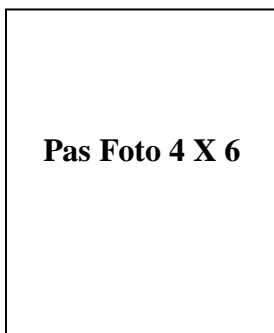
Yang bertanda Tangan di bawah ini

Nama Lengkap + Gelar	:	
Tempat/Tanggal Lahir	:	
Jenis Kelamin	:	
Nomor STR	:	
Tempat Bekerja	:	
Alamat Rumah	:	
No Telp/Hp	:	

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA) sebagai *).....sesuai Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 889/MENKES/PER/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktik dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian.

1. Foto copy STR yang masih berlaku dan dilegalisir.
2. Foto Copy Ijazah Yang dilegalisir
3. Surat keterangan sehat dan tidak buta warna dari dokter yang memiliki SIP.
4. Pas foto 4x6 cm sebanyak 3 (dua) lembar.
5. Surat keterangan dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan yang menyatakan tanggal mulai bekerja & masih bekerja pada sarana yang bersangkutan.
6. Surat rekomendasi dari Organisasi Profesi Cabang Sleman.
7. Foto kopy KTP.

Demikian atas perhatiannya kami ucapkan terimakasih.



Sleman,.....

Pemohon

(.....)

Dimasukan Ke dalam 2 Buah Map Berwarna Hijau.