

Perihal : Permohonan Pencabutan SIP.....

Kepada,  
Yth. Kepala Dinas Kesehatan  
Kabupaten Sleman  
di.  
S L E M A N

Dengan Hormat,

Yang bertanda Tangan di bawah ini

Nama Lengkap	:	
Tempat/Tanggal Lahir	:	
Jenis Kelamin	:	
Nomor SIP	:	
SIP KE	:	
Tempat Bekerja	:	
Alamat Rumah	:	
No. Telp/Hp	:	

Dengan ini mengajukan permohonan Pencabutan SIP karena.....

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan:

1. Surat Permohonan
2. SIP Asli
3. Surat keterangan dari Fasyankes menyatakan sudah tidak bekerja di fasyankes tersebut.
4. Jika Apoteker Penanggungjawab melampirkan SIPA Pengganti

Demikian atas perhatiannya kami ucapkan terimakasih.

Sleman,.....

Pemohon

(.....)

-\* Semua File Diatas dijadikan 1 File Pdf.

-\* Permohonan Pencabutan melalui [sipnakes.cahayamedia.com](http://sipnakes.cahayamedia.com). khusus SIP yang diterbitkan oleh Dinas Kesehatan