

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 SIPA :

SIPA KE :

Tempat Bekerja :

Alamat Rumah :

No. Telp/Hp :

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

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan:

1. SIP ASLI
2. Jika Apoteker Melampirkan SIP Pengganti
3. Dokumen lainnya jika diperlukan

Demikian atas perhatiannya kami ucapkan terimakasih.

Sleman,.....

Pemohon

(.....)