Hal : Permohonan Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA)
Kesatu/Kedua/Ketiga*!
di Fasilitas Pelayanan Kefarmasian

Yang terhormat,
Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Kabupaten Magetan
di Tempat

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap :
Tempat, tanggal lahir :
Alamat Rumah :
Telepon :

Nomor Handphone :
E-mail :
No. STRA :
Masa berlaku STRA sampai :
Pendidikan terakhir :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izi Praktik Apoteker (SIPA) Kesatu/Ked a/Kohga" sesuai Peraturan Menteri sehatan Nomor 889/Menkes/Per/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktik dan I in Kerja Tenaga Kefarmasian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan M nteri Kesehatan Nomor 31 Tahun 2016 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 889/Menkes/Per/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktik, dan I in Kerja Tenaga Kefarmasian, pada:

Nama Fasilitas Kefarmasian :
Alamat :
Waktu Praktik*"* :

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :
1. fotokopi STRA dengan menunjukkan STRA asli;
2. surat pernyataan mempunyai tempat praktik profesi atau surat keterangan dari pimpinan fasilitas peiayanan kefarmasian;
3. surat persetujuan atasan langsung;
4. surat rekomendasi dari organisasi profesi;
5. pas foto berwarna ukuran 4 x 6
6. fotokopi SIPA Kesatu (untuk pengajuan SIPA Kedua dan Ketiga)
7. fotokopi SIPA Kedua (untuk pengajuan SIPA Ketiga)

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

Palangka Raya, ...

Pemohon

[NAMA PEMOHON]