Hal : Permohonan Surat Izin Praktik Tenaga Teknis Kefarmasian (SIPTTK) kesatu/kedua/ketiga

Yang Terhormat,

Kepala Dinas Kesehatan Kota Parepare Di

Parepare Dengan hormat ,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap : ................................................................ ………………….……….

Tempat / Tgl Lahir : ................................................................ …………………………..

Alamat Rumah : ................................................................ ………………………….

No telepon : ................................................................ ………………………….

Tempat Praktek Lain : ................................................................ …………………………..

N I P / N I K : ................................................................ ………………………….

No. STRTTK : ................................................................ ………………………….

Masa berlaku STRTTK sampai : ................................................................ ………………………….

Pendidikan terakhir : ................................................................ ………………………….

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan **Izin Praktik Tenaga Teknis Kefarmasian (SIPTTK) kesatu/kedua/ketiga** sesuai peraturan menteri kesehatan **No: 889/Menkes/Per/V/2011** tentang Registrasi, Izin Praktek 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 Praktek dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian, pada:

Nama Tempat Praktik : ..........................................................

Alamat : ..........................................................

Waktu Praktik : Hari : ..............................................

Jam : ....................s.d ....................

Sebagai bahan pertimbangan dengan ini kami lampirkan:

1. Surat Permohonan
2. Ijazah asli/fotocopi ijasah yang telah dilegalisir
3. STR yang masih berlaku
4. KTP yang masih berlaku
5. Surat keterangan berbadan sehat dari dokter pemerintah
6. Surat pernyataan pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan
7. Surat pernyataan kecukupan SKP (bermaterai) dan barcode kecukupan SKP
8. Kartu BPJS kesehatan

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terimakasih

Parepare,..................................................

 Hormat saya

Pemohon

……………………………………….

\*) diisi penuh Cantumkan tanggal