



PEMERINTAH KABUPATEN TANA TIDUNG
DINAS PENANAMAN MODAL TENAGA KERJA TRANSMIGRASI PELAYANAN
TERPADU SATU PINTU
Jl. Perintis RT.6 Desa Tideng Pale

Yang terhormat,
Kepala Dinas Penanaman Modal Tenaga Kerja
Transmigrasi dan PTSP Kab. Tana Tidung
Di _
Tempat

Dengan Hormat,
Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Lengkap :
No STRA :
Tempat, Tanggal lahir :
Jenis Kelamin** :
Lulusan** : SMF/D3 Farmasi/Sarjana Farmasi*
Tahun Lulusan** :
Pendidikan Terakhir :
Tempat Praktik/Kerja :
Alamat Prakti/Kerja Lainnya** :
Alamat rumah :
Nomor Hp :
E-mail :
No. Sertifikat Kopetensi :
Tanggal Sertifikat Kopetensi :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan *Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA) / Surat Izin Kerja Tenaga Teknis Kefarmasian (SIKTTK) sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 889/Menkes/Per/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktik dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Fotokopi STRA yang dilegalisir oleh KFN;
2. Sura Pernyataan mempunyai tempat praktik profesi atau surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kefarmasian atau dari pimpinan fasilitas produksi atau distribusi/penyaluran;
3. Surat rekomendasi dari organisasi profesi;
4. Surat rekomendasi dari Dinas Kesehatan;
5. Pas Foto berwarna 4x6 sebanyak 3 lembar dan 3x4 sebanyak 2 lembar.

Demikian, atas perhatian dan perkenaanya kami ucapkan terimakasih.

Pemohon,

(.....)
Nama terang

* pilih salah satu
** Khusus Untuk SIKTTK