Kepada

**Yth. Bupati Kepulauan Selayar**

Cq. Kepala Dinas Penanaman Modal, Pelayanan Terpadu Satu Pintu

Dan Tenaga Kerja

**Perihal : Permohonan Surat Izin Praktek Tenaga** di ‐

**Teknis Kefarmasian** **(SIPTTK)** B e n t e n g

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap :

Alamat :

Tempat, tanggal lahir : .........................................,

Jenis kelamin :  Laki-laki  Perempuan

Tahun Lulusan : ………

No. Tlp (Harus di isi) :

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 889/MENKES/PER/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktek, Dan Izin Tenaga Kefarmasian dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat lzin Kerja Tenaga Teknis Kefarmasian (SIKTTK).

Sebagai bahan pertimbangan terlampir:

1. Fotokopi KTP yang masih berlaku dan Keterangan Domisili ( KTP di luar wilayah selayar)
2. Fotokopi SIB/STR yang masih berlaku dan dilegalisasi;
3. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki Surat lzin Praktik;
4. Surat pernyataan memiliki tempat praktik;
5. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4 X 6 cm sebanyak 2 (dua) lembar;
6. Rekomendasi dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau pejabat yang ditunjuk; dan
7. Rekomendasi dari organisasi profesi.
8. Fotocopy Ijazah Terahir.
9. SK PNS Penempatan terakhir
10. BPJS Kesehatan
11. BPJS Ketenagakerjaan (Bagi Non pns)

Demikian atas perhatian Bapak / lbu kami ucapkan terima kasih.

……………., ……………….. 20

Pemohon,

( ………………………………………….. )