Hal : Permohonan Surat Izin Praktik Tenaga Teknis Kefarmasian (SIPTTK) Kesatu/Kedua/Ketiga\*)

Yang terhormat,

Kepala Dinas Penanaman Modal, Pelayanan Terpadu Satu Pintu

Kabupaten Kepulauan Selayar

di Benteng

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

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

NIK : ...............................................................................

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

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

Telepon (Harus di isi) : ...............................................................................

Nomor Handphone : ...............................................................................

E-mail : ...............................................................................

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

Masa berlaku STRTTK sampai : ............................................(tanggal/bulan/tahun)

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

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Tenaga Teknis Kefarmasian (STRTTK) Kesatu/Kedua/Ketiga\*) sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 889/Menkes/Per/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktik 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 Praktik, dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian, pada:

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

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

Waktu Praktik\*\*) : Hari : ....................

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

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. fotokopi STRTTK dengan menunjukkan STRTTK asli;
2. Fotokopi KTP dan Ketrangan Domisili ( KTP diluar wilayah selayar)
3. Surat keterangan Sehat dari dokter yang memiliki SIPD (surat izin praktek dokter);
4. surat tugas dari atasan langsung;
5. surat rekomendasi dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota;
6. pas foto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 3 (tiga) lembar.
7. Fotokopi ijazah Terakhir.
8. BPJS Ketenagakerjaan (bagi Non PNS)
9. BPJS Kesehatan/KIS (PNS dan Non PNS)
10. SK PNS Dan SMPT (Bagi PNS)
11. SK Kontrak Dan Surat Tugas (Bagi Kontrak/Honorer)
12. SIP lama (bagi yang perpanjangan)

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

Pemohon,

(………………………….…..)

Nama Lengkap

**SURAT KETERANGAN PIMPINAN**

**FASILITAS PELAYANAN KEFARMASIAN/**

**FASILITAS PRODUKSI/FASILITAS DISTRIBUSI\*)**

Yang bertandatangan di bawah ini ,

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

Jabatan : ...............................................................................

Nama Fasilitas Kefarmasian : ...............................................................................

Alamat Fasilitas Kefarmasian : ...............................................................................

Telepon : ...............................................................................

Nomor Handphone : ...............................................................................

E-mail : ...............................................................................

Dengan ini menerangkan bahwa saya bersedia menerima :

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

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

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

Telepon : ...............................................................................

Nomor Handphone : ...............................................................................

E-mail : ...............................................................................

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

Masa berlaku STRTTK sampai : ............................................(tanggal/bulan/tahun)

untuk bekerja sebagai Tenaga Teknis Kefarmasian di Fasilitas yang saya pimpin.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonan SIPA.

Benteng, …………… 202

membuat keterangan,

(………………………….…..)

Nama Lengkap

\*) : Pilih sesuai permohonan yang diajukan

**SURAT PERSETUJUAN PIMPINAN**

Yang bertandatangan di bawah ini ,

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

Jabatan : ...............................................................................

Nama Instansi/Fasilitas : ...............................................................................

Alamat Instansi/Fasilitas : ...............................................................................

Telepon : ...............................................................................

Dengan ini memberikan persetujuan kepada :

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

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

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

Telepon : ...............................................................................

Nomor Handphone : ...............................................................................

E-mail : ...............................................................................

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

Masa berlaku STRTTK sampai : ............................................(tanggal/bulan/tahun)

untuk bekerja sebagai Tenaga Teknis Kefarmasian pada :

Nama Fasilitas Kefarmasian : ...............................................................................

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

Demikian Surat Persetujuan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonan SIPTTK.

Benteng, …. …….. 202

(………………………….…..)

Nama Lengkap