

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

Kepada,  
Yth. Kepala Dinas PMPTSPTK  
Kabupaten Kepulauan Selayar  
Di-  
Benteng

Dengan hormat,  
Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Lengkap : .....  
Tempat, tanggal lahir : .....  
Alamat Rumah : .....  
Telepon (Harus di isi) : .....  
Nomor Handphone : .....  
E-maill : .....  
No. STRA : .....  
Masa Berlaku STRA sampai : .....(tgl/bln/tahun)  
Pendidikan Terakhir : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktek Apteker (SIPA) 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 Praktek, dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian, pada:

Nama Fasilitas Kefarmasian : .....  
Alamat : .....  
Waktu Praktik\*\*) Hari : .....  
Jam :.....s.d .....  
Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. Fotokopi STRA dengan menunjukkan STRA asli;
- b. Fotokopi KTP dan Keterangan Domisili (KTP Diluar Wilayah Selayar)
- c. Surat keterangan sehat dari dokter yang telah memiliki surat izin praktek dokter;
- d. Pas foto 4x6 2 lembar;
- e. Fotokopi ijazah terakhir.

Demikian, atas perhatian dan perkenaan nya kami ucapkan terima kasih.

Pemohon,

(.....)

Nama Lengkap

- ♦ MOHON BERKAS DI SUSUN SECARA BERURUT
- ♦ JIKA PERPANJANGAN, SIP ASLI WAJIB DI LAMPIRKA