

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 :

- a. fotokopi STRTTK dengan menunjukkan STRTTK asli;
- b. Fotokopi KTP dan Ketrangan Domisili ( KTP diluar wilayah Kepulauan Selayar)
- c. pas foto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 3 (tiga) lembar.
- d. 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