**Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik** Kepada

**Tenaga Teknis Kefarmasian (SIPTTK)** Yth. Kepala Dinas Kesehatan

Kabupaten Sidoarjo

di –

**S I D O A R J O**

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

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

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

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

……………………………………………………………………........

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

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

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

Masa berlaku STRTTK : ……………………………………………………………………..........

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

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Tenaga Teknis Kefarmasian (SIPTTK) 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 KerjaTenaga Kefarmasian, pada:

NamaTempatPraktik : …………………………………………………………………............

Alamat : …………………………………………………………………............

…………………………………………………………………

WaktuPraktik\*\*) : Hari : ………………………..

Jam : ……………………… s.d. ………………

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Foto copy STRTTK (**legalisir asli)**
2. Surat pernyataan Apoteker atau pimpinan tempat pemohon melaksanakan pekerjaan
3. kefarmasian
4. Foto copy KTP
5. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi
6. Pas foto berwarna background merah ukuran 4 x 6 sebanyak 2 ( dua ) lembar.
7. SIPTTK asli (khusus perpanjangan)

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

Pemohon

(…………………………..)