

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

Yang terhormat,
Kepala Dinas Kesehatan / Penyelenggara Pelayanan Terpadu Satu Pintu\
Kabupaten/Kota**)
di
.....

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap :
Tempat, tanggal lahir :
Alamat Rumah :
Telepon :
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. Fotocopy SIPTTK (untuk permohonan SIPTTK yang kedua atau ketiga)
- c. Fotocopy KTP
- d. SIPTTK Asli untuk perpanjangan
- e. surat pernyataan Apoteker atau pimpinan tempat pemohon melaksanakan pekerjaan kefarmasian;
- f. surat persetujuan dari atasan langsung;
- g. surat rekomendasi dari organisasi profesi;
- h. pas foto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 3 (tiga) lembar.

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

Pemohon,

(.....)

Tembusan :
Kepala Dinas Kesehatan Provinsi

*) : Diisi sesuai dengan permohonan

**) : Diisi sesuai dengan instansi pemberi izin

***): Jika praktik dilaksanakan pada setiap hari pada waktu yang sama, cukup disebutkan setiap hari dan disebutkan waktunya dari Jam berapa sampai dengan Jam berapa. Jika praktik dilaksanakan tidak setiap hari, sebutkan hari praktik dan waktu praktik.