

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

Kepada Yth,
Kepala Dinas Kesehatan Kab. Kendal
di
Kendal

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 :

- fotokopi STRTTK dengan menunjukkan STRTTK asli;
- surat pernyataan Apoteker atau pimpinan tempat pemohon melaksanakan pekerjaan kefarmasian;
- surat persetujuan dari atasan langsung;
- surat rekomendasi dari organisasi profesi;
- pas foto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 3 (tiga) lembar.

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

Kendal,
Yang memohon,

(.....)