



FORMULIR PERMOHONAN PENDAFTARAN SURAT IZIN PRAKTIK APOTEKER (SIPA)

(Mohon diisi dengan jelas menggunakan huruf cetak atau diketik)

Nomor :
Lampiran : 1 (satu) bendel
Perihal : **Permohonan Pendaftaran Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA)**

Batu,.....
Kepada
Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal
PTSP dan Tenaga Kerja
Kota Batu
di
B A T U

Dengan hormat,
Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap :*

Tempat & tanggal lahir :*

Alamat Rumah :*

No. Telp/HP :*

Nama Tempat Bekerja :*

Alamat Tempat Bekerja :*

Tahun Lulus :*

No. STRA :*

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia 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, dengan ini kami mengajukan Permohonan untuk mendapatkan :

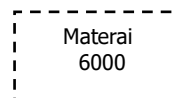
- SIPA 1 2 3
 Perpanjangan SIPA

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan persyaratan sebagai berikut :

1. Fotocopy KTP Pemohon
2. Fotocopy STRA yang **dilegalisir** oleh KFN (Komite Farmasi Nasional)
3. Surat pernyataan mempunyai tempat praktik profesi atau surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kefarmasian atau pimpinan fasilitas produksi atau distribusi/penyaluran
4. Surat rekomendasi dari Organisasi Profesi
5. Pas photo berwarna ukuran 4x6 sebanyak 5 (lima) lembar
6. Dalam mengajukan permohonan SIPA sebagai Apoteker pendamping harus dinyatakan secara tegas permintaan SIPA untuk tempat pekerjaan kefarmasian pertama, kedua, atau ketiga
7. Surat Kuasa bermaterai dan fotocopy KTP Penerima Kuasa jika dikuasakan
8. Berkas rangkap 2 (dua)

Demikian Surat Permohonan ini, atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

Pemohon



(.....)

Keterangan :

- Beri tanda conteng untuk yang dimaksud**
 Diisi oleh Pemohon