

Perihal : Permohonan Surat Ijin Praktik/Kerja Apoteker (SIP/SIK-A)

Kepada Yth,
Kepala Dinas Penanaman
Modal dan Pelayanan
Terpadu Satu Pintu
Kota Banjarmasin
Di -
Banjarmasin

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama lengkap :
Alamat :
Tempat/tanggal lahir :
Jenis kelamin :
Tahun lulusan :
Nomor STR-A :
Tanggal dikeluarkan :
Masa berlaku s.d tanggal :
Nomor telpon/HP :
Pendidikan terakhir :
Jam kerja :
Hari kerja :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Ijin Praktik/Kerja Apoteker pada.....
(sebut nama fasilitas pelayanan kesehatan, fasilitas kesehatan/tempat praktik dan alamat).

Sebagai persyaratan/bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan :

1. Fotocopy KTP yang masih berlaku;
2. Fotocopy ijazah;
3. Fotocopy STR-A yang masih berlaku dan dilegalisir;
4. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki surat ijin praktik;
5. Surat pernyataan memiliki tempat praktik profesi atau surat keterangan dari pimpinan tempat praktik/kerja bermaterai Rp.6.000,-;
6. Surat persetujuan dari atasan langsung;
7. Rekomendasi dari organisasi profesi;
8. Pas Foto berwarna terbaru ukuran 4 x 6 cm sebanyak 3 (tiga) lembar berlatar belakang merah;
9. Surat Ijin Praktik/Kerja Apoteker (asli) bagi permohonan pembaruan Ijin.
- 10 Fotocopy Izin SIA (Surat Izin Apotek) atau izin sarana.

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

Banjarmasin,20.....
Yang memohon,

.....

SURAT PERSETUJUAN ATASAN

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. STRA :
Masa berlaku STRA sampai: (tanggal/bulan/ tahun)
Pendidikan terakhir :

untuk bekerja sebagai SIPA pada :

Nama Fasilitas Kefarmasian :
Alamat :

Demikian Surat Persetujuan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonan SIPA.

Banjarmasin,

(.....)