

Nomor : .....

Permohonan : Baru/Perpanjangan/Perubahan

Lampiran : 1 ( satu ) jepit

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik  
 Tenaga Teknis Kefarmasaian (SIPTTK)

Kepada  
 Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal  
 dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu  
 Kab.Flotim

di.-  
Tempat

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Lengkap : .....

No.STRTTK : .....

Tempat/tanggal lahir : .....

Jenis Kelamin : .....

Lulusan : SMF / D3 Farmasi / Sarjana Farmasi \*

Tahun lulusan : .....

Alamat rumah : .....

Telp .....

Nama sarana ke - 1 : .....

Alamat : .....

Nama sarana ke - 2 : .....

Alamat : .....

Nama Sarana ke -3 : .....

Alamat : .....

Nomor HP : .....

E-mail : .....

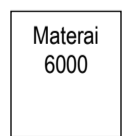
Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Tenaga Teknis Kefarmasian (SIPTTK) sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 31 Tahun 2016 Tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan RI No.889/MENKES/PERV/2011 tentang Registrasi,Izin Praktik dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian.

Sebagai bahan pertimbangan kami lampirkan :

1. Foto copy STRTTK ;
2. Surat Pernyataan Apoteker atau pimpinan tempat pemohon melaksanakan pekerjaan kefarmasian \*\*
3. Foto copy KTP ;
4. Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi ;
5. Pas foto warna ukuran 4x6 sebanyak 2 (dua) lembar dan 3x4 sebanyak 2 (dua) lembar
6. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab.Flores Timur

Demikian atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

Hormat Kami  
 Pemohon,



\* : diisi sesuai salah satu yang sesuai  
 \*\* tidak berlaku bagi TTK yang bekerja di Toko Obat

Materai  
6000