

Hal : Permohonan Surat Izin Praktek
(SIP) Asisten Apoteker

Kepada Yth,
Walikota Pagar Alam
Cq. Kepala Dinas PMPTSPTK
Kota Pagar Alam
di-
Pagar Alam

Dengan Hormat,
Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Tempat Tanggal Lahir :

Lulusan :

Tahun Lulusan :

Tempat Bekerja :

Alamat Rumah :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapat Surat Izin Kerja Asisten Apoteker pada di Wilayah Kota Pagar Alam sesuai peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor : 187 / Menkes / Per / III / 1991. Sebagai bahan pertimbangan bersama ini saya lampirkan :

1. Surat Permohonan Bermatrai

2. Rekomendasi dari Kepala Dinas Kesehatan Kota Pagar Alam

3. Foto Copy KTP

4. Foto Copy Ijazah Asisten Apoteker

5. Surat Tanda Registrasi Asisten Apoteker

6. Foto Copy Surat Keterangan Berbadan Sehat

7. Surat Pernyataan tidak bekerja pada Apotek / Toko obat lain

8. Surat keterangan dari tempat kerja

9. Pas Photo 3 x 4 cm, 2 (Dua) lembar

10. Fotocopy SIA atau Toko Obat, NIB dan IMB (Praktik Bidan Mandiri)

Demikianlah permohonan ini kami buat, atas perhatian dan kerjasama saya ucapkan terima kasih.

Pagar Alam,2025

Pemohon

Materai Rp. 10.000

()