



**PEMERINTAH KABUPATEN PANGKAJENE DAN KEPULAUAN  
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**

Jalan Sultan Hasanuddin Nomor 40 Pangkajene Telp.(0410) 22008 KP. 90611

**PERMOHONAN SURAT IZIN PRAKTEK TENAGA TEKNIS KEFARMASIAN (SIPTTK)  
MANDIRI**

Kepada Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan  
Terpadu Satu Pintu  
Kabupaten Pangkep  
di -  
Pangkajene

Dengan hormat,  
Yang bertanda tangan di bawah ini, mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Tenaga Teknis Kefarmasian (SIPTTK) mandiri sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 31 Tahun 2016 tentang registrasi, Izin Praktek dan Izin Kerja Tenaga Teknis Kefarmasian.

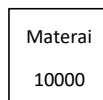
Nama Lengkap : .....  
No. STRTTK : .....  
Masa Berlaku STRTTK : .....  
No.Telp/HP : .....  
Jenis Kelamin :  Laki-Laki  Perempuan  
Lulusan :  SMF  D3 Farmasi  Sarjana Farmasi  
Tahun Lulusan : .....  
Alamat Rumah : .....  
Telp .....  
Nama Sarana Ke- 1 : .....  
Alamat : .....  
Nama Sarana ke- 2 : .....  
Alamat : .....  
Nama Sarana Ke-3 : .....  
Alamat : .....  
Nomor HP : .....  
Email : .....  
Kode Pos : .....

Sebagai Bahan Pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. Surat Permohonan bermaterai 10000 (1 Lembar);
- b. Fotocpy KTP (2 Lembar);
- c. Fotocpy IMB;
- d. Fotocpy PBB Yang Telah Lunas;
- e. Fotocpy SIUP/ NIB (OSS);
- f. Fotocpy Kartu Vaksin;
- g. Bagi permohonan perpanjangan melampirkan dokumen izin yang lama
- h. pasfoto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak (4 lembar);
- i. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan antara lain;
  - a. Foto Copy Surat Tanda Registrasi Tenaga Teknis Kefarmasian (STR)
  - b. Surat Izin Atasan bagi PNS, Anggota ABRI dan Karyawan Instansi Pemerintah Khusus yang mandiri
  - c. Surat Keterangan Berbadan Sehat
  - d. Surat Pernyataan taat pada Peraturan Perundang-Undangan yang berlaku
  - e. Surat Pernyataan mempunyai Tempat Praktik atau Surat Keterangan dari Pimpinan Fasilitas Pelayanan Kefarmasian
  - f. Rekomendasi Organisasi Profesi

Syarat tersebut akan diverifikasi oleh Bidang Sumber Daya Kesehatan  
Demikian permohonan ini diajukan dan atas persetujuannya diucapkan terima kasih.

Pemohon,



( ..... )  
Nama Lengkap

Keterangan :  
\*\* : Tidak berlaku bagi TTK yang bekerja di Toko Obat