



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 :

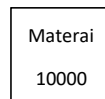
Kode Pos :

Sebagai Bahan Pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. Surat Permohonan bermaterai 10000 (1 Lembar);
- b. Fotocopy KTP (2 Lembar);
- c. Fotocopy PBG;
- d. Fotocopy PBB lunas tahun berjalan;
- e. Fotocopy NIB OSS;
- f. Fotocopy Surat Izin Apotik jika bekerja di Apotik;
- g. Fotocopy Surat Izin Operasional Klinik jika bekerja di Klinik
- h. Fotocopy Kartu Baznas (Bagi PNS);
- i. Fotocopy Kartu Vaksin;
- j. Bagi permohonan perpanjangan melampirkan dokumen izin yang lama
- k. pasfoto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak (4 lembar);
- l. 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