



**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.

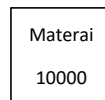
Nama Lengkap : .....  
 No. STRTTK : .....  
 Masa Berlaku STRTTK : .....  
 No.Telp/HP : .....  
 Jenis Kelamin :  Laki-Laki  Perempuan  
 Lulusan :  SMF  D3 Farmasi  Sarjana Farmasi  
 Tahun Lulusan : .....  
 Alamat Rumah : .....  
 Telp .....  
 Nama Sarana Ke- 1 : .....  
 Alamat : .....  
 Nama 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. Bagi permohonan perpanjangan melampirkan dokumen izin yang lama
- i. Melampirkan Pemenuhan SKP bagi permohonan Perpanjangan;
- j. pasfoto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak (4 lembar);
- k. 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

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