



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

Jalan Sultan Hasanuddin Nomor 40, Tumampua, Pangkajene, Pangkajene Kepulauan, Sulawesi Selatan 90614
Website : <https://dpmpptsp.pangkepkab.go.id> email : ptsp.kab.pangkajene@gmail.com

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 :

- Surat Permohonan (1 Lembar);
- Fotocopy KTP (2 Lembar);
- Fotocopy PBG;
- Foto Copy PBB Tahun 2012 sampai dengan Tahun Berjalan;
- Fotocopy NIB OSS;
- Fotocopy Surat Izin Apotik jika bekerja di Apotik;
- Fotocopy Surat Izin Operasional Klinik jika bekerja di Klinik
- Bagi permohonan perpanjangan melampirkan dokumen izin yang lama
- Melampirkan Pemenuhan SKP bagi permohonan Perpanjangan;
- Fotocopy Ijasah bagi pemohon dengan kualifikasi pendidikan S1, S2, S3 (1 lembar);
- pasfoto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak (4 lembar);
- Rekomendasi dari Dinas Kesehatan antara lain;
 - Foto Copy Surat Tanda Registrasi Tenaga Teknis Kefarmasian (STR)
 - Surat Izin Atasan bagi PNS, Anggota ABRI dan Karyawan Instansi Pemerintah Khusus yang mandiri
 - Surat Keterangan Berbadan Sehat
 - Surat Pernyataan taat pada Peraturan Perundang-Undangan yang berlaku
 - 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