

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA)/Surat Izin Kerja (SIK) Kesatu/Kedua/Ketiga*)

Kepada Yth.
Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Gunungkidul di Wonosari

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama Lengkap :
Tempat, tanggal lahir :
Telepon :
No. Hp :
E-mail :
No. STRA :
Masa berlaku STRA sampai (tanggal/bulan/tahun)
Pendidikan terakhir :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA) Kesatu/Kedua/Ketiga*) sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 889/Menkes/Per/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktik dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 31 Tahun 2016 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan 889/Menkes/Per/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktik dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian, pada :

Nama Fasilitas Kefarmasian :
Alamat :
Waktu Praktik**) : Hari :
Jam :s.d.....

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. KTP Pemohon
- b. STR
- c. Surat pernyataan memiliki tempat praktik / surat keterangan bekerja dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang bersangkutan
- d. Pas Foto berwarna ukuran 4x6
- e. Rekomendasi dari Kepala Dinas Kesehatan Kab. Gunungkidul
- f. SIP ke-1 bagi Pengajuan SIP ke-2 dan SIP ke-1 dan 2 bagi Pengajuan SIP ke-3
- g. Bukti Kecukupan Pemenuhan SKP yang bisa dicek dan didownload melalui <https://skp.kemkes.go.id> (perpanjangan)
- h. Surat Pernyataan Kecukupan SKP (perpanjangan)

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

Gunungkidul,

(.....)

Tembusan :

Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta

*) : diisi sesuai permohonan

**) : jika praktik dilaksanakan pada setiap hari pada waktu yang sama, cukup, disebutkan setiap hari dan disebutkan waktunya dari jam berapasampai dengan jam berapa. Jika praktik dilaksanakan tidak setiap hari, sebutkan hari praktik dan waktu praktik