Hal : Permohonan Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA) Di Fasilitas Produksi

Yang terhormat,

Kepala Dinas Kesehatan/Penyelenggara Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten/Kota Jombang

di

Jombang

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Formulir 2

Nama Lengkap :

Tempat, tanggal lahir :

Alamat Rumah :

Telepon :

Nomor Handphone :

E-mail :

No. STRA :

Masa berlaku STRA sampai :

Pendidikan terakhir : Profesi Apoteker

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA) di Fasilitas Produksi 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 Nomor 889/Menkes/Per/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktik, dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian, pada:

Nama Fasilitas Kefarmasian :

Alamat :

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. fotokopi STRA dengan menunjukkan STRA asli;
2. surat pernyataan dari pimpinan fasilitas produksi;
3. surat persetujuan atasan langsung;
4. surat rekomendasi dari organisasi profesi; dan
5. pas foto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 3 (tiga) lembar. Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

Pemohon,

M. Fithrul Mubarok

Tembusan :

Kepala Dinas Kesehatan Provinsi ……