Nomor Registrasi \* : 503/…...…../DPMPTSP/......./20

 Baru \* :

 Perpanjangan :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LampiranPerihal  | :: | Satu RangkapPermohonan Surat Izin Praktek Apoteker (SIPA)/ Asisten Apoteker |  Kepada Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu  Kabupaten Bombana Di- Rumbia  |

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap : ……………………………………………………………………

Tempat / Tanggal Lahir : ……………………………………………………………………

Alamat Rumah : ……………………………………………………………………

Jenis Kelamin : ……………………………………………………………………

Lulusan : ……………………………………………………………………

Tahun Lulus : ……………………………………………………………………

Nomor STRA : ……………………………………………………………………

Nomor Kompetensi : ……………………………………………………………………

Tempat Bekerja : ……………………………………………………………………

Alamat Tempat Bekerja : ……………………………………………………………………

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktek Apoteker (SIPA) / Asisten Apoteker\*.

Sebagai bahan pertimbangan, terlampir kami sertakan :

1. Foto Copy Ijazah Terakhir;
2. Foto Copy STR yang masih berlaku;
3. Foto Copy KTP yang masih berlaku;
4. Surat Keterangan Berbadan Sehat dari Dokter;
5. Fc. Sertifikat Kompetensi;
6. Rekomendasi dari Organisasi Profesi;
7. Fc. Surat Keterangan Aktif menjalankan tugas dari Direktur Rumah Sakit / Kepala Puskesmas bagi yang bekerja di Rumah Sakit atau Puskesmas;
8. Denah Lokasi Praktek;
9. Pas Fhoto ukuran 3 X 4 cm sebanyak 3 Lembar
10. Materai Rp. 6.000,- sebanyak 2 Lembar;

Demikian pemohonan ini, atas perhatian dan persetujuannya kami ucapkan terima kasih.

Rumbia, …………………………..20

Pemohon

**………………………………….…….**

Materai

 Rp. 6.000,-

Keterangan :

* Semua persyaratan tersebut kami masukkan dalam Map snelhecter dan dibuat 2 rangkap