

# KOP SURAT

---

---

Kepada

Hal : Permohonan Surat Izin Praktik Tenaga Teknis  
Kefarmasian (SIPTTK) Kesatu/Kedua/Ketiga\*)

Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan  
Terpadu Satu Pintu Kabupaten Kepulauan Yapen

di -

Serui

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap : .....  
Tempat, tanggal lahir : .....  
Alamat Rumah : .....  
Telepon : .....  
Nomor Handphone : .....  
E-mail : .....  
No. STRTTK : .....  
Masa berlaku STRTTK sampai : .....(tanggal/bulan/tahun)  
Pendidikan terakhir : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Tenaga Teknis Kefarmasian (STRTTK) 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 Nomor 889/Menkes/Per/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktik, dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian, pada:

Nama Tempat Praktik : .....  
Alamat : .....  
Waktu Praktik\*\*) : Hari : .....  
Jam : ..... s.d. ....

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- Fotokopi KTP;
- Fotokopi Ijazah yang telah dilegalisir;
- Fotokopi STRTTK dengan menunjukkan STRTTK asli;
- Surat pernyataan Apoteker atau pimpinan tempat pemohon melaksanakan pekerjaan kefarmasian;
- Surat persetujuan dari atasan langsung;
- Rekomendasi dari organisasi profesi (PAFI);
- Fotokopi BPJS;
- Pasfoto berwarna terbaru ukuran 4 x 6 cm sebanyak 3 (tiga) lembar.

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

Pemohon,

(.....)  
Nama Lengkap

\*) : Diisi sesuai dengan permohonan

\*\*) : Jika praktik dilaksanakan pada setiap hari pada waktu yang sama, cukup disebutkan setiap hari dan disebutkan waktunya dari Jam berapa sampai dengan Jam berapa. Jika praktik dilaksanakan tidak setiap hari, sebutkan hari praktik dan waktu praktik.

**SURAT KETERANGAN PIMPINAN FASILITAS PELAYANAN KEFARMASIAN/  
FASILITAS PRODUKSI/FASILITAS DISTRIBUSI\*)**

Yang bertandatangan di bawah ini,

Nama Lengkap : .....  
Jabatan : .....  
Nama Fasilitas Kefarmasian : .....  
Alamat Fasilitas Kefarmasian : .....  
Telepon : .....  
Nomor Handphone : .....  
E-mail : .....

Dengan ini menerangkan bahwa saya bersedia menerima :

Nama Lengkap : .....  
Tempat, tanggal lahir : .....  
Alamat Rumah : .....  
Telepon : .....  
Nomor Handphone : .....  
E-mail : .....  
No. STRTTK : .....  
Masa berlaku STRTTK sampai : .....(tanggal/bulan/tahun)

untuk bekerja sebagai Tenaga Teknis Kefarmasian di Fasilitas yang saya pimpin.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonan SIPTTK.

Serui, .....

Yang membuat keterangan,

(.....)  
Nama Lengkap

\*) : Pilih sesuai permohonan yang diajukan

**SURAT PERSETUJUAN PIMPINAN**

Yang bertandatangan di bawah ini,

Nama Lengkap : .....  
Jabatan : .....  
Nama Instansi/Fasilitas : .....  
Alamat Instansi/Fasilitas : .....  
Telepon : .....

Dengan ini memberikan persetujuan kepada :

Nama Lengkap : .....  
Tempat, tanggal lahir : .....  
Alamat Rumah : .....  
Telepon : .....  
Nomor Handphone : .....  
E-mail : .....  
No. STRTTK : .....  
Masa berlaku STRTTK sampai : .....(tanggal/bulan/tahun)

untuk bekerja sebagai Tenaga Teknis Kefarmasian pada :

Nama Fasilitas Kefarmasian : .....  
Alamat : .....

Demikian Surat Persetujuan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonan SIPTTK.

Serui, .....

Nama Jabatan

(.....)

Nama Lengkap