

**PERMOHONAN SURAT IZIN PRAKTIK TENAGA TEKNIS
KEFARMASIAN (SIPTTK)**

Nomor :
Lampiran :
Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik
Tenaga Teknis Kefarmasian
(SIPTTK)

Kepada Yth,
Kepala Dinas Penanaman Modal dan
Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Kabupaten Siak
di-

Siak Sri Indrapura

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 (SIPTTK) 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 Fasilitas Kefarmasian :
Alamat :
Waktu Praktik : Hari :

Jam : s.d.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Fotokopi KTP pimpinan;
2. Surat kuasa dan fotokopi KTP apabila pengurusan diwakilkan;
3. Fotokopi NPWP;
4. Fotokopi Surat Tanda Registrasi Tenaga Teknis Kefarmasian (STRTTK) di legalisir;
5. Foto kopi Ijazah pemohon yang dilegalisir
6. Rekomendasi dari dinas Kesehatan Kab.Siak;
7. Surat keterangan sehat dari dokter Pemerintah;
8. Surat keterangan mempunyai tempat praktik profesi atau surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kefarmasian;
9. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi tenaga teknis kefarmasian yang akan melaksanakan pekerjaan kefarmasian
10. Pas foto latar belakang merah ukuran 4x6 (3lembar).
11. Fotokopi SIPTTK Pertama untuk pengajuan SIPTTK yang kedua
12. Fotokopi SIPTTK Pertama dan kedua untuk pengajuan SIPTTK ketiga

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

Pemohon

Materai
Rp. 10.000,-

(.....)

**PERMOHONAN PERPANJANGAN SURAT IZIN PRAKTIK TENAGA
TEKNIS KEFARMASIAN (SIPTTK)**

Nomor :
Lampiran :
Perihal : Permohonan Surat Izin Perpanjangan
Praktik Tenaga Teknis Kefarmasian
(SIPTTK)

Kepada Yth,
Kepala Dinas Penanaman Modal dan
Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Kabupaten Siak
di-

Siak Sri Indrapura

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 (SIPTTK) 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 Fasilitas Kefarmasian :
Alamat :
Waktu Praktik : Hari :

Jam : s.d.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Fotokopi KTP pimpinan
2. Surat kuasa dan fotokopi KTP apabila pengurusan diwakilkan
3. Fotokopi NPWP
4. Fotokopi Surat Tanda Registrasi Tenaga Teknis Kefarmasian (STRTTK) dilegalisir
5. Fotokopi ijazah permohonan yang dilegalisir
6. Rekomendasi dari dinas Kesehatan Kab.Siak
7. Bukti pemenuhan kecukupan SKP
8. Surat pernyataan kecukupan SKP
9. Surat keterangan sehat dari dokter Pemerintah
10. Surat keterangan mempunyai tempat praktik profesi atau surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kefarmasian
11. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi tenaga teknis kefarmasian yang akan melaksanakan pekerjaan kefarmasian
12. Pas foto latar belakang merah ukuran 4x6 (3lembar)
13. Surat Izin Praktik Tenaga Teknis Kefarmasian (SIPTTK) yang lama (Asli)

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

Materai
Rp. 10.000,-

Pemohon,

(.....)