**SURAT PERMOHONAN**

Perihal : Permohonan Surat Izin

 Praktik Apoteker (SIPA)

 Kepada

 Ytrh, Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan

 Terpadu Satu Pintu Kabupaten Fakfak

 di-

 F A K F A K

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini ,

Nama Lengkap :

Alamat

Dengan ini mengajukan permohonan untuk dapat mendapatkan Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA) untuk tempat praktik yang ke ............. dengan alamat di ...................

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan :

a} Fotocopy surat tanda registrasi apoteker (STRA ) yang terlah dilegalisir asli dan yang

 Masih berlaku ;

b} Surat pernyataan mempunyai tempat praktik atau surat keterangan dari sarana pelayanan

 kesehatan sebagai tempat praktik ;

c} Foto Ijazah yang telah dilegalisir ;

d} Pas foto ukuran 4 x 6 sebanyak 3 ( Tiga ) lembar ;

e} Surat Rekomendasi dari organisasi profesi :

f} Surat Izin / Rekomendasi Pimpinan Instansi/Sarana pelayanan kesehatan dimana dokter/dokter gigi

 dimaksud bekerja ( Khusus bagi dokter dan dokter gigi yang bekerja disarana pelayanan kesehatan

 pemerintah atau sarana pelayanan kesehatan yang ditunjuk pemerintah ) ;

Demikian atas perhatian Bapak / Ibu kami ucapkan terima kasih.-

Fakfak,

 PEMOHON,

 --------------------------------