**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,

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