

Formulir 9

Perihal : Permohonan memperoleh Surat Izin Kerja Tenaga Teknis Kefarmasian ( SIKTTK)

Kepada Yth,  
Kepala Dinas Penanaman Modal dan  
Pelayanan Perijinan Satu Pintu  
Kabupaten Buleleng  
Di -  
Singaraja

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap : .....  
No.STRTTK : .....  
Tempat, Tanggal Lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Lulusan : SMF /D3 Farmasi/Sarjana Farmasi  
Tahun Lulusan :  
Alamat Rumah :  
(Telp./Hp)  
Nama Sarana Ke-1 :  
Alamat :  
Jam Praktik :  
Nama Sarana Ke-2 :  
Alamat :  
Jam Praktik :  
Nama Sarana Ke-3 :  
Alamat :  
Nomor Hp :  
E-mail :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Kerja Tenaga Kefarmasian (SIKTTK) sesuai peraturan menteri kesehatan No.889/MENKES/PER/2011 Tentang registrasi , izin praktik dan izin kerja tenaga kefarmasian

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan:

- a. Fotocopy STRTTK ;
- b. Surat pernyataan Apoteker atau pimpinan tempat pemohon melaksanakan pekerjaan kefarmasian;
- c. Surat rekomendasi dari organisasi yang menghimpun tenaga teknis kefarmasian;
- d. Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab. Buleleng;
- e. Pas foto ukuran 4 x 6 cm sebanyak 2 (dua) lembar dan 3x4 sebanyak 2 (dua ) lembar
- f. KTP atau surat keterangan domisili
- g. FC BPJS Kesehatan dan / atau BPJS Ketenagakerjaan

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

Singaraja,

Yang memohon

Materai 6000

( ..... )