**PERMOHONAN SURAT IZIN PRAKTIK APOTEKER (SIPA)**

 Rantepao, ………………………….

 Kepada

 Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal dan

 Pelayanan Terpadu Satu Pintu

 Kabupaten Toraja Utara

 di, *–*

 Rantepao

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap : ……………………………………………………..

No. STRA : ……………………………………………………..

Tempat, Tanggal Lahir : ……………………………………………………..

Pendidikan Terakhir : ……………………………………………………..

Tempat Praktik / Kerja : ……………………………………………………..

Alamat Praktik Lain\*\* : 1. …………………………………..

 2……………………………………

Alamat Rumah : ……………………………………………………..

Telp : ……………………………………………………..

Nomor HP : ……………………………………………………..

E-mail : ……………………………………………………..

No. Sertifikat Kompetensi : ……………………………………………………..

Tgl. Sertifikat Kompetensi : ……………………………………………………..

Dengan ini mengajukan Permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA)

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Fotocopy STRA yang dilegalisir
2. Surat Pernyataan mempunyai tempat praktik profesi atau surat keterangan dari pemimpin fasilitas pelayan kefarmasian atau dari pimpinan fasilitas produksi atau distribusi / penyaluran
3. Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi.
4. Pas Photo berwarna ukuran 4x6 sebanyak 2 (dua) lembar
5. Fotocopy KTP
6. Fotocopy Ijazah terakhir yang legalisir

Demikian Surat Permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

 Pemohon,

 Materai

 10.000

 (**…………………………….**)