



PEMERINTAH KABUPATEN SRAGEN
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PTSP

JL. Raya Sukowati No. 255 Sragen, Telp: (0271) 892348, Fax: (0271) 894433
email: dpmptsp@sragenkab.go.id website: dpmptsp.sragenkab.go.id

PERMOHONAN
IZIN PRAKTIK APOTEKER

Kepada Yth :
Bupati Sragen
Cq. Kepala Dinas Penanaman Modal dan PTSP
Kabupaten Sragen
Di
SRAGEN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

1. Nama (gelar dicantumkan) :
2. Tempat, tanggal lahir :
3. Alamat domisili :
4. Jenis kelamin :
5. Nomor / masa berlaku STR :
6. Lulusan / tahun :
7. Nama / alamat kerja :
8. Nomor HP :

Dengan ini kami mengajukan permohonan untuk mendapatkan **Surat Izin Praktik Apoteker**.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan:

1. Fotokopi KTP (1 lembar) diperbesar 1 lembar
2. Fotokopi STR yang masih berlaku dan dilegalisir
3. Fotokopi ijazah berlegalisir
4. Rekomendasi dari organisasi profesi
5. Surat keterangan sehat dari dokter
6. Surat keterangan bekerja di tempat praktik
7. SIP lama dilampirkan bagi yang perpanjangan (asli)
8. Fotokopi izin sarana tempat praktik (Klinik/Puskesmas/Rumah Sakit/Apotek dan Sarana Kesehatan yang Lain)
9. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4 x 6 sebanyak 3 lembar
10. Fotokopi pelunasan PBB (pajak bumi bangunan) terakhir
11. Semua berkas dalam bentuk scan PDF kecuali foto dalam bentuk JPG (flashdisk)

Demikian untuk menjadikan periksa.

Sragen,
Hormat kami

.....