

FORMULIR PERMOHONAN IZIN APOTEKER

Perihal : Permohonan Surat  
Izin Praktek Apoteker (SIPA )

Kepada  
Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal  
dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu  
Kab. Sinjai  
Di -  
Sinjai

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap :  
Tempat / Tanggal Lahir :  
Alamat :  
Pendidikan Terakhir :  
Nomor STRA :  
Tempat Bekerja/ Praktek :  
Alamat Praktek Lain : 1.  
2.  
Nomor HP :  
No. Sertifikat Kompetensi :  
Tgl. Sertifikat Kompetensi :  
Akun Gmail :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktek Apoteker ( SIPA ) sesuai Peraturan Menteri Kesehatan no.9 tahun 2017 tentang apoteker.

Sebagai bahan pertimbangan terlampir :

- a. Fotocopy e-KTP
- b. Fotocopy STRA yang sudah dilegalisir oleh KFN
- c. Surat keterangan sehat dari dokter
- d. Rekomendasi dari instansi/Rekomendasi dari tempat kerja
- e. Surat rekomendasi dari organisasi Profesi
- f. Pas foto berwarna 4x6 sebanyak 4 ( Empat ) lembar
- g. Fotocopy NPWP

Demikian atas perhatian bapak / ibu kami ucapkan terima kasih.

Sinjai,  
Pemohon

---