

Salatiga ,

Hal : Permohonan Izin Kerja Tenaga Teknis Kefarmasian ke Dua

Kepada Yth,
Kepala Dinas Kesehatan Kota Salatiga
Ditempat

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap :
Tempat, Tanggal Lahir :
Jenis Kelamin :
Asal Pendidikan Terakhir :
Tahun Lulusan :
No. STRTTK :
Tempat Bekerja :
Alamat Rumah :
Nomor HP :
Email :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Kerja Tenaga Teknis Kefarmasian (SIKTTK) sesuai Peraturan yang berlaku di Kota Salatiga pada :

Nama Tempat Praktik :
Alamat Tempat Praktik :
Jam Praktik :

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Fotocopy ijazah terakhir
2. Fotocopy STR legalisir
3. Surat rekomendasi dari organisasi Profesi PAFI (Persatuan Ahli Farmasi Indonesia)
4. Surat keterangan dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan
5. Fotocopy KTP (Kartu Tanda Penduduk)
6. Fotocopy KTAN terbaru
7. Fotocopy SIPTTK yang pertama atau yang dimiliki apabila mengajukan SIPTTK kedua/ketiga
8. Jadwal kerja pelayanan yang Pertama dan kedua dengan diketahui Apotekernya
9. Surat persetujuan pimpinan dari pelayanan Pertama
10. Pasfoto 4x6 cm sebanyak 3 lembar

Demikian atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terimakasih

Pemohon

JADWAL KERJA

Nama :

Alamat :

Jabatan :

| No | Nama Sarana | Alamat | Hari | Waktu Kerja |
|----|-------------|--------|------|-------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |

NB: Untuk Jadwal sarana ke dua nama apotek menyesuaikan jadwal kerja disarana pertama nama apotek

Mengetahui
Kepala Instalasi Farmasi/apotek

Tenaga Teknis Kefarmasian

SURAT PERSETUJUAN PIMPINAN

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap :
Jabatan :
Nama Instansi/Fasilitas :
Alamat Instansi/Fasilitas :
Telepon :
Dengan memberikan persetujuan kepada :

Nama Lengkap :
Tempat, Tanggal Lahir :
Jenis Kelamin :
Asal Pendidikan Terakhir :
Tahun Lulusan :
No. STRTTK :
Masa berlaku STRTTK :
Alamat Rumah :
Nomor HP :
Email :
Untuk bekerja sebagai Tenaga Teknis Kefarmasian pada sarana ke dua di luar jam kerja sarana pertama
(nama tempat kerja)

Nama Fasilitas Kefarmasian :
Alamat :

Demikian Surat Persetujuan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonan SIPTTK

Salatiga,

Kepala Instalasi Farmasi/Apotek