

Mojokerto,

**Hal : Permohonan Surat Ijin Praktik Apoteker (SIPA)  
( KESATU / KEDUA / KETIGA \*)  
Di Fasilitas Pelayanan Kefarmasian**

Yang Terhormat,  
Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Mojokerto  
di-

Mojokerto

Dengan Hormat ,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap : .....

Tempat Tanggal Lahir : .....

No. Induk Kependudukan ( NIK ) : .....

Alamat Rumah ( Sesuai KTP ) : .....

No. Telepon : .....

No. HP / No. WA : .....

Email : .....

No. STRA : .....

Masa Berlaku STRA sampai : ..... (tgl/bln/tahun)

Pendidikan Terakhir : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Ijin Praktik Apoteker (SIPA) pada Fasilitas Pelayanan Kefarmasian ke ..... (Kesatu,Kedua, Ketiga), sesuai Peraturan Menteri Kesehatan No.889/Menkes/Per/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktik, Izin Tenaga Kefarmasian sebagaimana telah di ubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan No.31 tahun 2016 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan No.889/Menkes/Per/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktik, Izin Tenaga Kefarmasian pada :

Nama Fasilitas Kefarmasian :

Alamat Fasilitas Kefarmasian :

Waktu Praktik \*\*) Hari :

Jam : ..... s/d .....

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. Fotokopi STRA Legalisir , dengan menunjukkan STRA ASLI
- b. Surat pernyataan mempunyai tempat praktik profesi atau Surat Keterangan dari pimpinan Fasilitas Pelayanan Kefarmasian
- c. Surat Persetujuan atasan langsung
- d. Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi
- e. Pas Foto 4 X 6 sebanyak 3 (tiga) lembar dan 3 X 4 sebanyak 2 (dua) lembar
- f. Fotokopi SIPA Kesatu (untuk Pengajuan SIPA Kedua dan Ketiga)
- g. Fotokopi SIPA Kedua (untuk Pengajuan SIPA Ketiga)

Demikian atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

Pemohon

(.....)  
Nama Lengkap

Tembusan :

1. Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur

\*) : Diisi sesuai dengan Permohonan

\*\*): Jika Praktik dilaksanakan pada setiap hari pada waktu yang sama, cukup disebutkan setiap hari Dan disebutkan waktunya dari jam berapa sampai dengan jam berapa. Jika praktik dilaksanakan tidak setiap hari , sebutkan hari praktik dan waktu praktik

## SURAT PERSETUJUAN PIMPINAN

Yang Bertanda Tangan Dibawah Ini :

Nama Lengkap :

Jabatan :

Nama Instansi / Fasilitas :

Alamat Instansi / Fasilitas :

No. Telepon / HP :

Dengan ini memberikan persetujuan kepada :

Nama Lengkap : .....

Tempat , tanggal lahir : .....

Alamat Rumah : .....

No. Telepon / No. HP : .....

No. STRA : .....

Email : .....

Masa Berlaku STRA sampai :..... (tgl/bln/tahun)

Untuk bekerja sebagai Apoteker pada :

Nama Fasilitas Kefarmasian : ..

Alamat : ..

Demikian Surat Persetujuan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan SIPA.

Pemohon

(.....)  
Nama Lengkap

## SURAT PERNYATAAN MEMPUNYAI TEMPAT PRAKTIK PROFESI

Yang Bertanda Tangan Dibawah Ini :

Nama Lengkap : ....

Tempat , tanggal lahir : .....

Alamat Rumah : .....

No. Telepon / No. HP : .....

Email : .....

No. STRA : .....

Masa Berlaku STRA sampai :..... (tgl/bln/tahun)

Dengan ini menyatakan bahwa saya memiliki tempat praktik profesi Apoteker pada :

Nama Fasilitas Kefarmasian : ..

Alamat : ..

Demikian Surat Pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan SIPA.

Pemohon

Materai

6000

(.....)

Nama Lengkap

**SURAT KETERANGAN PIMPINAN  
FASILITAS PELAYANAN KEFARMASIAN /  
FASILITAS PRODUKSI / FASILITAS DISTRIBUSI \*)**

Yang Bertanda Tangan Dibawah Ini :

Nama Lengkap :

Jabatan :

Nama Instansi / Fasilitas :

Alamat Instansi / Fasilitas :

No .Telepon / No. HP :

Email :

Dengan ini menerangkan bahwa saya bersedia menerima :

Nama Lengkap : ....

Tempat , tanggal lahir : .....

Alamat Rumah : .....

No. Telepon / No. HP : .....

No. STRA : .....

Email : .....

Masa Berlaku STRA sampai : ..... (tgl/bln/tahun)

Untuk bekerja sebagai Apoteker di Fasilitas yang saya pimpin.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan SIPA.

Mojokerto,

Yang membuat keterangan

(.....)  
Nama Lengkap

\*) : Pilih sesuai permohonan yang diajukan