

Tanjung Balai Karimun, .....

Perihal : Permohonan Surat Rekomendasi

Kepada Yth,  
**Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Karimun**  
Di,  
Tanjung Balai Karimun

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap : .....  
Alamat : .....  
Nomor Hp ..... e-mail.....  
Tempat / Tanggal Lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Nomor STR : .....  
Nomor Rekomendasi OP : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Rekomendasi Surat Izin Praktik Tenaga Teknik Kefarmasian (SIPTTK) untuk:

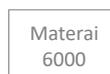
Nama Tempat Praktik : .....  
Alamat Tempat Praktik : .....  
Praktik ke- : *Kesatu / Kedua / Ketiga* \*)  
Waktu Praktik : *Hari : ..... s.d ..... Jam : ..... WIB s.d ..... WIB*  
Tempat Praktik Lain : 1. ....  
2. ....

Sebagai bahan pertimbangan Bapak saya lampirkan :

No.	Persyaratan	Ada	Tidak
1.	Identitas Pemohon • WNI : • WNA : 1. KTP elektronik Pemohon 2. Surat Keterangan Domisili KTP Non Karimun 1. Kartu Izin Tinggal Terbatas (KITAS) atau VISA dan Paspor 2. Bukti lulus Bahasa Indonesia dari Pusat Bahasa Indonesia. 3. Surat Keterangan Tempat Tinggal (SKTT)		
2.	Ijazah		
3.	Fotocopy Surat Tanda Registrasi (STR) yang masih berlaku dan dilegalisasi		
4.	Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi		
5.	Surat Keterangan Sehat dari Dokter yang masih memiliki Surat Izin Praktek (SIP) Aktif		
6.	Surat pernyataan mempunyai tempat praktik, atau surat keterangan dari fasilitas pelayanan kesehatan sebagai tempat praktik		
7.	Surat keterangan dari fasilitas kesehatan pertama untuk Izin Praktik Kedua atau Surat keterangan dari fasilitas kesehatan pertama dan kedua untuk Izin Praktik Ketiga		

Demikian disampaikan atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

Pemohon,



(.....)

\*) Coret yang tidak perlu

**SURAT PERNYATAAN MEMPUNYAI TEMPAT PRAKTIK PROFESI**

Nama Lengkap : .....  
Tempat/Tanggal Lahir : .....  
Alamat Rumah : .....  
Telepon : .....  
Nomor Hp : .....  
E-Mail : .....  
No. STRTTK : .....  
Masa berlaku STRTTK sampai : ..... (hh/bb/tt)  
Pendidikan Terakhir : .....

Dengan ini menyatakan bahwa saya memiliki tempat praktik profesi Tenaga Teknis Kefarmasian pada :

Nama Fasilitas Kefarmasian : .....  
Alamat : .....

Demikian Surat Pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonan SIPTTK.

.....  
Yang Membuat Pernyataan,



(.....)

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

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap : .....  
Jabatan : .....  
Nama Fasilitas Kefarmasian : .....  
Alamat Fasilitas Kefarmasian : .....  
Telepon : .....  
Nomor Handphone : .....  
E-mail : .....

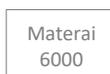
Dengan ini menerangkan bahwa saya bersedia menerima :

Nama Lengkap : .....  
Tempat/Tanggal Lahir : .....  
Alamat Rumah : .....  
Telepon : .....  
Nomor Hp : .....  
E-Mail : .....  
No. STRTTK : .....  
Masa berlaku STRTTK sampai : ..... (hh/bb/tt)  
Pendidikan Terakhir : .....

untuk bekerja sebagai Tenaga Teknis Kefarmasian di Fasilitas yang saya pimpin.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonan SIPTTK.

.....  
Yang Membuat Keterangan,



(.....)

**Keterangan :**

\*) Pilih sesuai permohonan yang diajukan