



# PEMERINTAH KABUPATEN KARIMUN

## DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU



Komplek Perkantoran Gedung Bukit Gading, Jl. Jenderal Sudirman – Poros, Tanjung Balai Karimun, Kabupaten Karimun, Prov. Kepulauan Riau  
Telp. (0777) 7366036, 7366037, Fax. (0777) 7366009, Email : [bpmp.kab.karimun@gmail.com](mailto:bpmp.kab.karimun@gmail.com), Website : [www.dpmptsp.karimunkab.go.id](http://www.dpmptsp.karimunkab.go.id)

### DAFTAR PERIKSA SURAT IZIN PRAKTIK TENAGA TEKNIK KEFARMASIAN (SIPTTK)

Nama Pemohon : .....

Alamat Pemohon : .....

Alamat yang diajukan : .....

Peruntukan : .....

Nomor Telp. Pemohon : .....

Tanggal Masuk Permohonan : .....

No	PERSYARATAN	ADA	TIDAK	KETERANGAN
1.	Permohonan bermaterai			
2.	Kartu Identitas Pemohon : <b>Bagi WNI</b> a. KTP Elektronik Pemohon b. Surat Keterangan Domisili bagi KTP Non Kabupaten Karimun <b>Bagi WNA</b> a. Kartu Izin Tinggal Terbatas (KITAS)/Visa dan Paspor b. Bukti Lulus Bahasa Indonesia dari Pusat Bahasa Indonesia c. Surat Keterangan Tempat Tinggal (SKTT)			
3.	Surat Tanda Registrasi (STR)			
4.	Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan			
5.	Bukti Kepesertaan BPJS Kesehatan atau Tenaga Kerja (baru)/ Bukti Lunas Bayar Bulan Terakhir (Perpanjangan/ Perubahan)			
6.	Pass foto terbaru berwarna			
7.	Sertifikat Asli Surat Izin Praktek (Perpanjangan/ Perubahan) pertama untuk Izin Praktik Kedua atau Sertifikat Asli Surat Izin Praktek (Perpanjangan/ Perubahan) pertama dan kedua untuk Izin Praktik Ketiga			
8.	Surat Tanda Registrasi (STR)			
		Petugas Periksa, .....		
<b>Disposisi :</b>		<b>Catatan :</b>		



Perihal : **Permohonan Surat Izin Praktik Tenaga Teknis Kefarmasian (SIPTTK)**

Kepada Yth,  
**Kepala Dinas Penanaman Modal & PTSP  
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 Surat Izin Praktik Tenaga Teknis Kefarmasian (SIPTTK) sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 889/Menkes/Per/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktik dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 31 Tahun 2016 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 889/Menkes/Per/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktik, dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian untuk:

Nama Tempat Praktik : .....  
Alamat Tempat Praktik : .....  
Praktik Ke- : *Kesatu / Kedua / Ketiga )\**  
Tempat Praktik Lain : 1. ....  
2. ....

Sehubungan dengan Surat Izin Praktik Tenaga Teknis Kefarmasian (SIPTTK) kami lampirkan berkas-berkas sesuai dengan daftar periksa persyaratan Surat Izin Praktik Tenaga Teknis Kefarmasian (SIPTTK) di DPMPSTSP Kabupaten Karimun.

Adapun data terlampir pada dokumen permohonan Permohonan Surat Izin Praktik Tenaga Teknis Kefarmasian (SIPTTK) ini adalah **Benar dan Sah**. Apabila dikemudian hari ditemukan bahwa dokumen yang telah kami berikan tidak benar, maka kami bersedia dikenakan sanksi sesuai dengan peraturan dan ketentuan yang berlaku.

Demikian permohonan ini kami buat dengan sebenar-benarnya, tanpa ada paksaan dari pihak manapun. Atas perkenan Bapak , kami ucapkan terima kasih.

Pemohon,

Materai  
6000

(.....)



\* Pilihan