

SURAT PERNYATAAN MEMPUNYAI TEMPAT PRAKTIK PROFESI

Yang bertandatangan di bawah ini ,

Nama Lengkap :
Tempat, tanggal lahir :
Alamat Rumah :
Telepon :
E-mail :
No. STRA :
Masa berlaku STRA sampai :.....(tanggal/bulan/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 permohonan SIPA.

Samarinda,.....
Yang membuat pernyataan,

(.....)

SURAT PERSETUJUAN HARI DAN JAM PRAKTEK APOTEKER

Yang bertandatangan di bawah ini ,

Nama Lengkap :
Jabatan :
Nama Fasilitas Kefarmasian :
Alamat Fasilitas Kefarmasian :
Telepon :
E-mail :

Dengan ini menyatakan SETUJU untuk melakukan Praktek Pada :

Hari :
Jam :

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

Samarinda,.....

(.....)

SURAT PERSETUJUAN PIMPINAN

Yang bertandatangan di bawah ini ,

Nama Lengkap :
Jabatan :
Nama Instansi/Fasilitas :
Alamat Instansi/Fasilitas :
Telepon :

Dengan ini memberikan persetujuan kepada :

Nama Lengkap :
Tempat, tanggal lahir :
Alamat Rumah :
Telepon :
E- mail :
No. STRA :
Masa berlaku STRA sampai :(tanggal/bulan/tahun)

untuk bekerja sebagai Apoteker pada :

Nama Fasilitas Kefarmasian :
Alamat :

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

Samarinda,.....

(.....)