

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,.....

(.....)