

**SURAT KETERANGAN PIMPINAN
FASILITAS PELAYANAN KEFARMASIAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
Jabatan :
Nama Instansi Fasilitas :
Alamat Instansi/ Fasilitas :
No. Telp :
No. HP :
Email :

Menerangkan bahwa;

Nama Lengkap :
Tempat Tanggal lahir :
Alamat :
No. HP/ Telp :
Email :
No. STRA :
Masa Berlaku STRA :

Untuk Bekerja sebagai **Apoteker** di fasilitas yang saya pimpin.

Lamongan,.....
Pimpinan Fasilitas/ Penanggungjawab

SURAT PERSETUJUAN PIMPINAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
Jabatan :
Nama Instansi Fasilitas :
Alamat Instansi/ Fasilitas :
No. HP/Telp :
Email :

Dengan ini memberikan persetujuan kepada;

Nama Lengkap :
Tempat Tanggal lahir :
Alamat :
No. HP/ Telp :
Email :
No. STRA :
Masa Berlaku STRA :

Untuk Bekerja sebagai **Apoteker** pada :

Nama Fasilitas Kefarmasian :
Alamat :

Demikian surat persetujuan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan Permohonan SIPA.

Lamongan,.....
Pimpinan Fasilitas/ Penanggungjawab
