



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

Yang terhormat,

1. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi di seluruh Indonesia
2. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota di seluruh Indonesia
3. Ketua Umum Pengurus Pusat Ikatan Apoteker Indonesia (IAI)
4. Ketua Umum Pengurus Pusat Persatuan Ahli Farmasi Indonesia (PAFI)

SURAT EDARAN

NOMOR HK.02.02/MENKES/24/2017

TENTANG

PETUNJUK PELAKSANAAN 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

Bahwa setiap tenaga kesehatan yang menjalankan praktik di bidang pelayanan kesehatan wajib memiliki izin dalam bentuk Surat Izin Praktik (SIP). Salah satu jenis tenaga kesehatan yaitu tenaga kefarmasian yang dalam menjalankan pekerjaan kefarmasian wajib memiliki surat izin sesuai tempat tenaga kefarmasian tersebut bekerja. Berdasarkan ketentuan dalam Pasal 11 ayat (6) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, menyatakan bahwa jenis tenaga kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga kefarmasian terdiri atas apoteker dan tenaga teknis kefarmasian.

Untuk menyesuaikan dengan perkembangan dan kebutuhan hukum terkait izin praktik, maka telah ditetapkan 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.

Surat Edaran ini bertujuan untuk memberikan penjelasan lebih lanjut mengenai tata cara pemberian surat izin praktik bagi apoteker dan tenaga teknis kefarmasian yang akan melaksanakan pekerjaan kefarmasian.



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

- 2 -

Mengingat ketentuan:

1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 1998 tentang Pengamanan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1998 Nomor 138, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3781);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 124, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5044);
7. Peraturan Presiden Nomor 35 Tahun 2015 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 59);
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 889/MENKES/PER/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktik, dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 322) 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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

- 3 -

Kerja Tenaga Kefarmasian (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1137);

9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1508);

Berdasarkan hal tersebut, bersama ini disampaikan sebagai berikut:

A. Surat Izin Praktik

1. Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA)

- a. Setiap apoteker yang akan menjalankan pekerjaan kefarmasian wajib memiliki surat izin berupa Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA) sesuai tempat fasilitas kefarmasian.
- b. Apoteker yang menjalankan pekerjaan kefarmasian di Fasilitas Produksi atau Fasilitas Distribusi/Penyaluran hanya dapat diberikan 1 (satu) SIPA sesuai dengan tempatnya bekerja.
- c. Apoteker yang menjalankan pekerjaan kefarmasian di Fasilitas Pelayanan Kefarmasian dapat diberikan untuk paling banyak 3 (tiga) SIPA, berupa:
  - 1) SIPA Kesatu;
  - 2) SIPA Kedua; dan/atau
  - 3) SIPA Ketiga.
- d. Dikecualikan dari butir 1.b bagi apoteker yang bekerja di Instalasi Farmasi Pemerintah/TNI/POLRI dapat memiliki paling banyak 3 (tiga) SIPA.
- e. Apoteker hanya boleh mempunyai 1 (satu) Surat Izin Apotek (SIA). Dalam hal apoteker telah memiliki SIA, maka apoteker yang bersangkutan hanya dapat memiliki 2 (dua) SIPA pada fasilitas pelayanan kefarmasian lain.
- f. Bagi apoteker sebagai Aparatur Sipil Negara (ASN) yang bekerja di fasilitas pelayanan kefarmasian milik pemerintah harus memiliki SIPA.
- g. Dalam rangka permohonan untuk memperoleh SIA, apoteker dapat menggunakan SIPA Kesatu, SIPA Kedua atau SIPA Ketiga.



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

- 4 -

- h. SIA bersifat melekat pada SIPA, dan memiliki masa berlaku sesuai dengan SIPA.
  - i. Setiap apoteker yang menjalankan pekerjaan kefarmasian di fasilitas pelayanan kefarmasian wajib memasang papan nama praktik yang mencantumkan:
    - 1) Nama Apoteker;
    - 2) SIPA/SIA; dan
    - 3) Waktu praktik (hari/jam).
  - j. Fasilitas pelayanan kefarmasian hanya dapat memberikan pelayanan kefarmasian sepanjang apoteker berada di tempat dan memberikan pelayanan langsung kepada pasien.
  - k. Apoteker yang telah memiliki SIPA atau SIKA berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 889/MENKES/PER/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktik, dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian, SIPA atau SIKA yang bersangkutan berlaku sebagai SIPA sampai habis masa berlakunya.
2. Surat Izin Praktik Tenaga Teknis Kefarmasian (SIPTTK)
- a. Setiap tenaga teknis kefarmasian yang akan menjalankan pekerjaan kefarmasian wajib memiliki surat izin berupa Surat Izin Praktik Tenaga Teknis Kefarmasian (SIPTTK) sesuai dengan tempat fasilitas kefarmasian.
  - b. Tenaga teknis kefarmasian yang menjalankan pekerjaan kefarmasian di fasilitas kefarmasian dapat diberikan untuk paling banyak 3 (tiga) tempat fasilitas kefarmasian, berupa:
    - 1) SIPTTK Kesatu;
    - 2) SIPTTK Kedua; dan/atau
    - 3) SIPTTK Ketiga.
  - c. Tenaga teknis kefarmasian yang telah memiliki SIKTTK berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 889/Menkes/Per/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktik, dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian, SIKTTK yang bersangkutan berlaku sebagai SIPTTK sampai habis masa berlakunya.



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

- 5 -

B. Tata Cara Pemberian Surat Izin Praktik

1. Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA)

- a. Apoteker mengajukan permohonan SIPA kepada kepala dinas kesehatan atau penyelenggara Pelayanan Terpadu Satu Pintu (PTSP) kabupaten/kota tempat pekerjaan kefarmasian dilaksanakan.
- b. Apoteker mengajukan permohonan SIPA sebagaimana dimaksud pada butir a menggunakan formulir sebagai berikut:
  - 1) Formulir 1 untuk SIPA di fasilitas pelayanan kefarmasian (terlampir);
  - 2) Formulir 2 untuk SIPA di fasilitas produksi (terlampir); atau
  - 3) Formulir 3 untuk SIPA di fasilitas distribusi/penyaluran (terlampir).
- c. Permohonan SIPA harus melampirkan:
  - 1) fotokopi STRA dengan menunjukkan STRA asli;
  - 2) surat pernyataan mempunyai tempat praktik profesi dengan menggunakan contoh sebagaimana tercantum dalam Formulir 4 terlampir atau surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kefarmasian atau dari pimpinan fasilitas produksi atau distribusi/penyaluran dengan menggunakan contoh sebagaimana tercantum dalam Formulir 5 terlampir;
  - 3) surat persetujuan dari atasan langsung bagi apoteker yang akan melaksanakan pekerjaan kefarmasian di fasilitas kefarmasian dengan menggunakan contoh sebagaimana tercantum dalam Formulir 6 terlampir;
  - 4) surat rekomendasi dari organisasi profesi; dan
  - 5) pas foto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 3 (tiga) lembar.
- d. Dalam hal apoteker mengajukan permohonan SIPA di fasilitas pelayanan kefarmasian, untuk:
  - 1) SIPA Kedua harus melampirkan fotokopi SIPA Kesatu; atau



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

- 6 -

- 2) SIPA Ketiga harus melampirkan fotokopi SIPA Kesatu dan SIPA Kedua.
  - e. Dalam mengajukan permohonan SIPA harus dinyatakan secara tegas permintaan SIPA untuk tempat pekerjaan kefarmasian.
  - f. Kepala dinas kesehatan atau penyelenggara Pelayanan Terpadu Satu Pintu (PTSP) kabupaten/kota harus menerbitkan SIPA paling lama 20 (dua puluh) hari kerja sejak surat permohonan diterima dan dinyatakan lengkap dengan menggunakan contoh sebagaimana tercantum dalam Formulir 7, Formulir 8, atau Formulir 9 terlampir.
2. Surat Izin Praktik Tenaga Teknis Kefarmasian (SIPTTK)
- a. Tenaga teknis kefarmasian mengajukan permohonan untuk masing-masing tempat fasilitas kefarmasian kepada kepala dinas kesehatan atau penyelenggara Pelayanan Terpadu Satu Pintu (PTSP) kabupaten/kota tempat pekerjaan kefarmasian dilaksanakan dengan menggunakan contoh sebagaimana tercantum dalam Formulir 10 terlampir.
  - b. Permohonan SIPTTK harus melampirkan:
    - 1) fotokopi STRTTK dengan menunjukkan STRTTK asli;
    - 2) surat pernyataan apoteker atau pimpinan tempat pemohon melaksanakan pekerjaan kefarmasian dengan menggunakan contoh sebagaimana tercantum dalam Formulir 11 terlampir.;
    - 3) surat persetujuan dari atasan langsung bagi tenaga teknis kefarmasian yang akan melaksanakan pekerjaan kefarmasian di fasilitas kefarmasian dengan menggunakan contoh sebagaimana tercantum dalam Formulir 12 terlampir;
    - 4) surat rekomendasi dari organisasi yang menghimpun Tenaga Teknis Kefarmasian; dan
    - 5) pas foto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 3 (tiga) lembar.
  - c. Dalam hal tenaga teknis kefarmasian mengajukan permohonan untuk:



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

- 7 -

- 1) SIPTTK Kedua melampirkan fotokopi SIPTTK Kesatu; dan
  - 2) SIPTTK Ketiga melampirkan fotokopi SIPTTK Kesatu dan SIPTTK Kedua.
- d. Dalam mengajukan permohonan SIPTTK harus dinyatakan secara tegas permintaan SIPTTK untuk tempat pekerjaan kefarmasian kesatu, kedua, atau ketiga.
- e. Kepala dinas kesehatan atau penyelenggara Pelayanan Terpadu Satu Pintu (PTSP) kabupaten/kota harus menerbitkan SIPTTK paling lama 20 (dua puluh) hari kerja sejak surat permohonan diterima dan dinyatakan lengkap dengan menggunakan contoh sebagaimana tercantum dalam Formulir 13 terlampir.

C. Pembinaan dan Pengawasan

Pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan Surat Edaran ini dilakukan oleh Direktur Jenderal, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota dan/atau organisasi profesi sesuai dengan fungsi dan tugas masing-masing.

Demikian Surat Edaran ini disampaikan untuk dapat dilaksanakan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 13 Januari 2017

MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK

Tembusan:

1. Sekretaris Jenderal
2. Direktur Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan

Hal : Permohonan Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA)  
 Kesatu/Kedua/Ketiga\*)  
 di Fasilitas Pelayanan Kefarmasian

Yang terhormat,  
 Kepala Dinas Kesehatan/Penyelenggara Pelayanan Terpadu Satu Pintu  
 Kabupaten/Kota .....  
 di  
 .....

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

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

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA) Kesatu/Kedua/Ketiga\*) 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, pada:

Nama Fasilitas Kefarmasian : .....  
 Alamat : .....  
 Waktu Praktik\*\*) : Hari : .....  
 Jam : ..... s.d. ....

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. fotokopi STRA dengan menunjukkan STRA asli;
- b. surat pernyataan mempunyai tempat praktik profesi atau surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kefarmasian;
- c. surat persetujuan atasan langsung;
- d. surat rekomendasi dari organisasi profesi;
- e. pas foto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 3 (tiga) lembar.
- f. fotokopi SIPA Kesatu (untuk pengajuan SIPA Kedua dan Ketiga)
- g. fotokopi SIPA Kedua (untuk pengajuan SIPA Ketiga).



Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

Pemohon,

(.....)

Nama Lengkap

Tembusan :

Kepala Dinas Kesehatan Provinsi .....

\*) : Diisi sesuai dengan permohonan

\*\*\*) : Jika praktik dilaksanakan pada setiap hari pada waktu yang sama, cukup disebutkan setiap hari dan disebutkan waktunya dari Jam berapa sampai dengan Jam berapa. Jika praktik dilaksanakan tidak setiap hari, sebutkan hari praktik dan waktu praktik

Hal : Permohonan Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA)  
 Di Fasilitas Produksi

Yang terhormat,  
 Kepala Dinas Kesehatan/Penyelenggara Pelayanan Terpadu Satu Pintu  
 Kabupaten/Kota .....  
 di  
 .....

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

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

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA) di Fasilitas Produksi 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, pada:

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

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. fotokopi STRA dengan menunjukkan STRA asli;
- b. surat pernyataan dari pimpinan fasilitas produksi;
- c. surat persetujuan atasan langsung;
- d. surat rekomendasi dari organisasi profesi; dan
- e. pas foto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 3 (tiga) lembar.

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

Pemohon,

(.....)  
 Nama Lengkap

Tembusan :  
Kepala Dinas Kesehatan Provinsi .....

Formulir 3

Hal : Permohonan Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA)  
Di Fasilitas Distribusi/Penyaluran

Yang terhormat,  
Kepala Dinas Kesehatan/Penyelenggara Pelayanan Terpadu Satu Pintu  
Kabupaten/Kota .....  
di  
.....

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

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

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA) di Fasilitas Distribusi/Penyaluran 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, pada:

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

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. fotokopi STRA dengan menunjukkan STRA asli;
- b. surat pernyataan mempunyai tempat praktik profesi atau surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kefarmasian;
- c. surat persetujuan atasan langsung;
- d. surat rekomendasi dari organisasi profesi;
- e. pas foto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 3 (tiga) lembar.
- f. fotokopi SIPA Kesatu (untuk pengajuan SIPA Kedua dan Ketiga)
- g. fotokopi SIPA Kedua (untuk pengajuan SIPA Ketiga).

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

Pemohon,

(.....)

Nama Lengkap

Tembusan :

Kepala Dinas Kesehatan Provinsi .....

SURAT PERNYATAAN MEMPUNYAI TEMPAT PRAKTIK PROFESI

Yang bertandatangan di bawah ini ,

Nama Lengkap : .....  
Tempat, tanggal lahir : .....  
Alamat Rumah : .....  
Telepon : .....  
Nomor Handphone : .....  
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.

Nama Kota, tanggal bulan tahun  
Yang membuat pernyataan,

Materai

(.....)  
Nama Lengkap

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

Yang bertandatangan 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 Handphone : .....  
E-mail : .....  
No. STRA : .....  
Masa berlaku STRA sampai : .....(tanggal/bulan/tahun)

untuk bekerja sebagai Apoteker di Fasilitas yang saya pimpin.

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

Nama Kota, tanggal bulan tahun  
Yang membuat keterangan,

(.....)  
Nama Lengkap

\*) : Pilih sesuai permohonan yang diajukan

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 : .....  
Nomor Handphone : .....  
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.

Nama Kota, tanggal bulan tahun

(.....)  
Nama Lengkap

DINAS KESEHATAN  
/PENYELENGGARA PELAYANAN TERPADU SATU PINTU \*)  
KABUPATEN / KOTA .....

SURAT IZIN PRAKTIK APOTEKER (SIPA) KESATU/KEDUA/KETIGA \*\*)  
NOMOR .....

Yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Dinas Kesehatan/penyelenggara Pelayanan Terpadu Satu Pintu\*) Kabupaten/Kota .....  
memberikan Izin Praktik Apoteker Kesatu/Kedua/Ketiga \*\*) kepada:

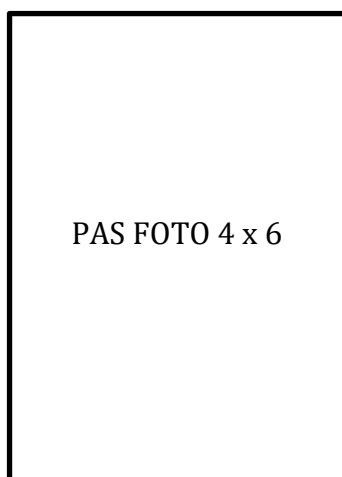
Nama Lengkap : .....  
Tempat, tanggal lahir : .....  
Alamat Rumah : .....  
No. STRA : .....  
Masa berlaku STRA sampai : .....(tanggal/bulan/tahun)

Untuk melakukan praktik di:

Nama Tempat Praktik : .....  
Alamat : .....  
Waktu Praktik\*\*) : Hari : .....  
Jam : ..... s.d. ....  
Masa berlaku SIPA sampai : .....(tanggal/bulan/tahun)

Dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Penyelenggaraan pekerjaan/praktik kefarmasian di fasilitas pelayanan kefarmasian harus mengikuti standar pelayanan kefarmasian dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. SIPA ini batal demi hukum apabila bertentangan dengan angka 1 di atas dan pekerjaan/praktik kefarmasian dilakukan tidak sesuai dengan yang tercantum dalam SIPA.



Dikeluarkan di : .....  
Pada tanggal : .....

Kepala Dinas Kesehatan/penyelenggara Pelayanan Terpadu Satu Pintu\*)  
Kabupaten / Kota .....

(.....)  
NIP.....



Tembusan :

1. Direktur Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan;
2. Ketua Komite Farmasi Nasional
3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi .....
4. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota ..... (jika Izin dikeluarkan oleh penyelenggara Pelayanan Terpadu Satu Pintu)
5. Organisasi Profesi

Catatan:

- \*) : Diisi sesuai instansi pemberi izin.
- \*\*): Diisi sesuai permohonan perizinan SIPA

DINAS KESEHATAN/PENYELENGGARA PELAYANAN TERPADU SATU PINTU \*)  
KABUPATEN / KOTA .....

SURAT IZIN PRAKTIK APOTEKER (SIPA) DI FASILITAS PRODUKSI  
NOMOR .....

Yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Dinas Kesehatan/ Penyelenggara Pelayanan Terpadu Satu Pintu\*) Kabupaten/Kota .....  
memberikan Izin Praktik Apoteker di Fasilitas Produksi kepada:

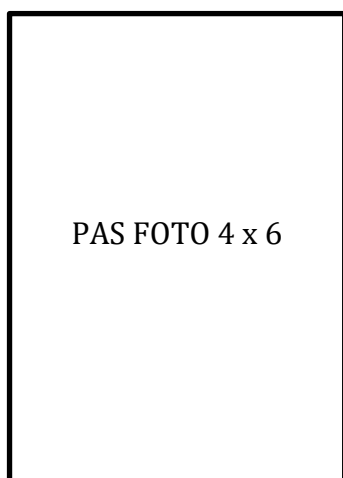
Nama Lengkap : .....  
Tempat, tanggal lahir : .....  
Alamat Rumah : .....  
No. STRA : .....  
Masa berlaku STRA sampai : .....(tanggal/bulan/tahun)

Untuk melakukan praktik di:

Nama Fasilitas : .....  
Alamat : .....  
Masa berlaku SIPA sampai : .....(tanggal/bulan/tahun)

Dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Penyelenggaraan pekerjaan/praktik kefarmasian di fasilitas produksi harus mengikuti standar dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. SIPA ini batal demi hukum apabila bertentangan dengan angka 1 di atas dan pekerjaan/praktik kefarmasian dilakukan tidak sesuai dengan yang tercantum dalam SIPA.



Dikeluarkan di : .....  
Pada tanggal : .....

Kepala Dinas Kesehatan/penyelenggara Pelayanan Terpadu Satu Pintu\*)  
Kabupaten / Kota .....

(.....)  
NIP.....

Tembusan :

1. Direktur Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan;
2. Ketua Komite Farmasi Nasional
3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi .....

4. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota ..... (jika Izin dikeluarkan oleh Penyelenggara Pelayanan Terpadu Satu Pintu)
5. Organisasi Profesi

Catatan:

\*) : Diisi sesuai instansi pemberi izin.

DINAS KESEHATAN/PENYELENGGARA PELAYANAN TERPADU SATU PINTU \*)  
KABUPATEN / KOTA .....

SURAT IZIN PRAKTIK APOTEKER (SIPA) DI FASILITAS  
DISTRIBUSI/PENYALURAN  
NOMOR .....

Yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Dinas Kesehatan/ Penyelenggara Pelayanan Terpadu Satu Pintu\*) Kabupaten/Kota .....  
memberikan Izin Praktik Apoteker di Fasilitas Distribusi/Penyaluran kepada:

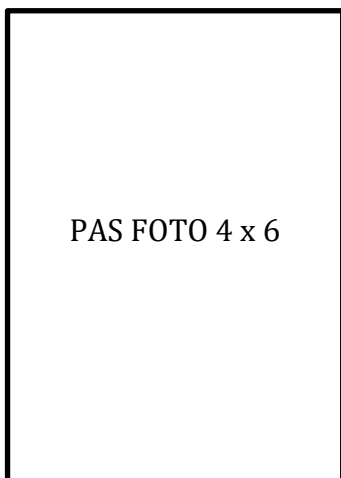
Nama Lengkap : .....  
Tempat, tanggal lahir : .....  
Alamat Rumah : .....  
No. STRA : .....  
Masa berlaku STRA sampai : .....(tanggal/bulan/tahun)

Untuk melakukan praktik di:

Nama Fasilitas : .....  
Alamat : .....  
Masa berlaku SIPA sampai : .....(tanggal/bulan/tahun)

Dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Penyelenggaraan pekerjaan/praktik kefarmasian di fasilitas distribusi/penyaluran harus mengikuti standar dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. SIPA ini batal demi hukum apabila bertentangan dengan angka 1 di atas dan pekerjaan/praktik kefarmasian dilakukan tidak sesuai dengan yang tercantum dalam SIPA.



Dikeluarkan di : .....  
Pada tanggal : .....

Kepala Dinas Kesehatan/penyelenggara Pelayanan Terpadu Satu Pintu\*)  
Kabupaten / Kota .....

(.....)  
NIP.....

Tembusan :

1. Direktur Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan;
2. Ketua Komite Farmasi Nasional
3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi .....

4. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota ..... (jika Izin dikeluarkan oleh penyelenggara Pelayanan Terpadu Satu Pintu)
5. Organisasi Profesi

Catatan:

\*) : Diisi sesuai instansi pemberi izin.

Hal : Permohonan Surat Izin Praktik Tenaga Teknis Kefarmasian (SIPTTK)  
Kesatu/Kedua/Ketiga\*)

Yang terhormat,  
Kepala Dinas Kesehatan / Penyelenggara Pelayanan Terpadu Satu Pintu  
Kabupaten/Kota\*\*) .....  
di  
.....

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap : .....  
Tempat, tanggal lahir : .....  
Alamat Rumah : .....  
Telepon : .....  
Nomor Handphone : .....  
E-mail : .....  
No. STRTTK : .....  
Masa berlaku STRTTK sampai : .....(tanggal/bulan/tahun)  
Pendidikan terakhir : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Tenaga Teknis Kefarmasian (STRTTK) Kesatu/Kedua/Ketiga\*) 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, pada:

Nama Tempat Praktik : .....  
Alamat : .....  
Waktu Praktik\*\*) : Hari : .....  
Jam : ..... s.d. ....

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. fotokopi STRTTK dengan menunjukkan STRTTK asli;
- b. surat pernyataan Apoteker atau pimpinan tempat pemohon melaksanakan pekerjaan kefarmasian;
- c. surat persetujuan dari atasan langsung;
- d. surat rekomendasi dari organisasi profesi;
- e. pas foto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 3 (tiga) lembar.

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

Pemohon,

(.....)

Nama Lengkap

Tembusan :

Kepala Dinas Kesehatan Provinsi .....

- \* ) : Diisi sesuai dengan permohonan
- \*\* ) : Diisi sesuai dengan instansi pemberi izin
- \*\*\* ) : Jika praktik dilaksanakan pada setiap hari pada waktu yang sama, cukup disebutkan setiap hari dan disebutkan waktunya dari Jam berapa sampai dengan Jam berapa. Jika praktik dilaksanakan tidak setiap hari, sebutkan hari praktik dan waktu praktik.

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

Yang bertandatangan 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 Handphone : .....  
E-mail : .....  
No. STRTTK : .....  
Masa berlaku STRTTK sampai : .....(tanggal/bulan/tahun)

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

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

Nama Kota, tanggal bulan tahun  
Yang membuat keterangan,

(.....)  
Nama Lengkap

\*) : Pilih sesuai permohonan yang diajukan



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 : .....  
 Nomor Handphone : .....  
 E-mail : .....  
 No. STRTTK : .....  
 Masa berlaku STRTTK sampai : .....(tanggal/bulan/tahun)

untuk bekerja sebagai Tenaga Teknis Kefarmasian pada :

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

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

Nama Kota, tanggal bulan tahun

(.....)  
 Nama Lengkap

**SURAT IZIN PRAKTIK TENAGA TEKNIS KEFARMASIAN (SIPTTK)  
KESATU/KEDUA/KETIGA \*\*)**

NOMOR .....

Yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Dinas Kesehatan/penyelenggara Pelayanan Terpadu Satu Pintu\*) Kabupaten/Kota ..... memberikan Izin Praktik Tenaga Teknis Kefarmasian Kesatu/Kedua/Ketiga \*\*) kepada:

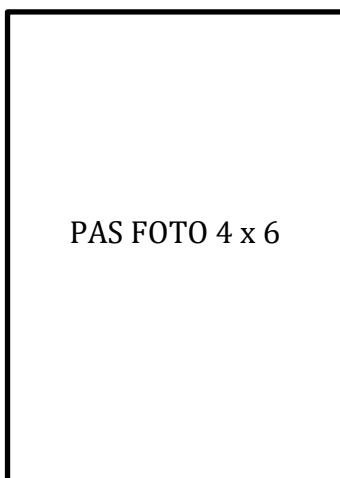
Nama Lengkap : .....  
 Tempat, tanggal lahir : .....  
 Alamat Rumah : .....  
 No. STRTTK : .....  
 Masa berlaku STRTTK sampai : .....(tanggal/bulan/tahun)

Untuk melakukan praktik di:

Nama Fasilitas Kefarmasian : .....  
 Alamat : .....  
 Waktu Praktik\*\*) : Hari : .....  
 Jam : ..... s.d. ....  
 Masa berlaku SIPTTK : .....(tanggal/bulan/tahun)

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Penyelenggaraan pekerjaan/praktik kefarmasian di fasilitas kefarmasian harus mengikuti standar dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. SIPTTK ini batal demi hukum apabila bertentangan dengan angka 1 di atas dan pekerjaan/praktik kefarmasian dilakukan tidak sesuai dengan yang tercantum dalam SIPTTK.



Dikeluarkan di : .....  
 Pada tanggal : .....

Kepala Dinas Kesehatan/penyelenggara Pelayanan Terpadu Satu Pintu\*)  
 Kabupaten / Kota .....

(.....)  
 NIP.....

Tembusan :

1. Direktur Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan;
2. Ketua Komite Farmasi Nasional

3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi .....
4. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota ..... (jika Izin dikeluarkan oleh penyelenggara Pelayanan Terpadu Satu Pintu)
5. Organisasi Profesi

Catatan:

- \*) : Diisi sesuai instansi pemberi izin.
- \*\*): Diisi sesuai permohonan perizinan SIPTTK