

Perihal : **Permohonan Toko Obat**

Kepada  
Yth.Kepala Dinas Kesehatan  
Kabupaten Parigi Moutong  
Di-  
Parigi

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :  
TTL :  
Alamat :  
Nomor Telpon :

Selaku pemilik Toko Obat, dengan ini mengajukan permohonan Izin Toko Obat  
yang berlokasi di Kab.Parigi Moutong dengan

Penanggung Jawab Tekhnis Farmasi Sdr / i

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Foto Copy KTP pemilik Toko Obat dan Asisten Apoteker
2. Foto Copy SKCK pemilik Toko Obat dan Asisten Apoteker
3. Foto Copy Ijazah Asisten Apoteker
4. Foto Copy Surat Izin Kerja Tenaga Tekhnis Kefarmasian (SIKTTK)
5. Foto Copy Surat Tanda Registrasi Tenaga Tekhnis Kefarmasian (STRTTK)
6. Surat Pernyataan Asisten Apoteker
7. Foto Copy Nomor Induk Berusaha (NIB)
8. Foto Copy N P W P
9. Surat Pernyataan Pemilik Toko Obat
10. Gambar Denah Tempat Usaha (Toko Obat)
11. Pas Photo 4 x 6 = 3 Lembar
12. Foto Copy Kartu BPJS kesehatan
13. Map Plastik Snelhektek warna biru

Demikian Surat Permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian dan bantuan  
Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

Parigi,

Hormat Kami  
Pemohon

(.....)

