

**SURAT IZIN ATASAN LANGSUNG**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : .....  
NIP/NRP/NRPTT : .....  
Jabatan : .....  
Alamat kantor : .....

Menyetujui/Tidak menyetujui\*) untuk pengajuan Izin Praktik Apoteker\*) di :

Jalan : .....  
Dukuh : .....  
RT/RW : .....  
Desa : .....  
Kecamatan : .....  
Kabupaten : Purworejo  
Hari/jam praktik : .....

Kepada :

Nama : .....  
NIP/NRP/NRPTT : .....  
Alamat rumah : .....  
Alasan tidak disetujui : .....

Selain pengajuan Surat Izin Praktik ini yang bersangkutan telah memiliki surat Izin Praktik Persetujuan Tempat Praktik Apoteker di lokasi lain sebagai berikut :

No.	Alamat Praktik	Surat Izin Praktik (SIP)		Dilakukan pada hari/jam
		Nomor	Berlaku s/d	

Demikian untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

....., .....

.....

Ket.:

*Untuk Praktik di Institusi Pemerintah/Institusi Swasta*