

**DAFTAR ASISTEN APOTEKER**  
**APOTEK.....**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap : .....  
 Alamat : .....  
 No. STRA : .....  
 Jabatan : Apoteker pengelola Apotek .....

Dengan ini menyampaikan daftar Asisten Apoteker pada :

Nama : Apotek.....  
 Alamat : .....

Adalah sebagai berikut :

No	Nama	Alamat	Tanggal Lulus	No SIK
1.				
2.				
3.				
4.				

.....  
 Pemohon,  
  
*Materai*  
*Rp6.000,-*  
 (.....)