|  |
| --- |
| **AREA PRAKTIK SAAT INI** (centang pada area praktik yang dilakukan saat ini)**(** ) Manajerial( ) Pelayanan / dispensing ( ) Compounding( ) Praktik klinik |
| **DATA DIRI** |
| Nama | :  |
| Nomor anggota IAI | :  |
| No KTP | :  |
| Tempat / tanggal lahir | :  |
| Alamat rumah | :  |
| : |
| No telepon | :  |
| No & akhir berlaku Sertifikat Kompetensi | :  |
| No & akhir berlaku STRA | :  |
| No & akhir berlaku SIPA | :  |
| Tempat melakukan praktik Apoteker | :  |
| Alamat tempat melakukan praktik Apoteker | :  |
| : |
|  |
| **PENDIDIKAN** |
| **A. Pendidikan Formal** |
| a. Nama Universitas & tahun lulus S1 Farmasi | :  |
| No Ijazah | :  |
| b. Nama Universitas & tahun lulus profesiapoteker | :  |
| No Ijazah | :  |
| c. Nama Universitas & Nama Pendidikan S2 | : | - |
| No Ijazah | : | - |
|  |

|  |
| --- |
| **B. Pendidikan Non Formal** |

|  |
| --- |
| (diisi nama kegiatan pengembangan diri yang terkait dengan pekerjaan / profesi, misalnya mengikuti seminar / CPD/ Pelatihan , Tempat & tanggal pelaksanaan, penyelenggara, serta keterangan yang mendukung misalnya jumlah SKP; sertifikat, jml SKP, yang diikuti maksimal 3 tahun terakhir) |
|  | **NO** | **PENGEMBANGAN DIRI YANG TELAH DILAKUKAN & TEMA /****JUDUL KEGIATAN** | **TEMPAT & TGL PELAKSANAAN** | **PENYELENGGARA** | **KETERANGAN (BERSERTIFIKAT /****TIDAK; JML SKP)** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | Baris dapat ditambah |  |  |  |
| **PENGALAMAN KERJA**1. Pengalaman sebelum di tempat bekerja yang sekarang

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **TEMPAT BEKERJA** | **JABATAN** | **TAHUN** | **KETERANGAN** |
|  |   |  | s/d |  |
|  |  |  | s/d |  |
|  |  |  | s/d |  |
|  |  |  | s/d |  |
|  |  |  | s/d |  |

1. Pengalaman kerja selama di tempat bekerja yang sekarang

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **JABATAN** | **WAKTU (BLN/THN)** | **KETERANGAN** |
|  |  | s/d |  |
|  |  | s/d |  |
|  |  | s/d |  |
|  |  | s/d |  |
|  |  | s/d |  |
|  |  | s/d |  |

 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**PEKERJAAN KEFARMASIAN YANG DILAKUKAN SAAT INI**

Demikian Daftar Isian ini saya buat dengan sesungguhnya, dan apabila dikemudian hari terdapat keterangan

yang tidak benar, saya bersedia menerima segala konsekuensi dan tindakan yang diambil oleh IAI.

Yogyakarta, J…131r……………………….

…………………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **KEGIATAN YANG DILAKUKAN** | **FREKUENSI KEGIATAN****/ BULAN** | **KETERANGAN** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |