



PEMERINTAH KOTA MALANG

DINAS KESEHATAN

A. No.

UPT PUKESMAS BARENG

JL. Bareng Tenes No. 10 A Telp. (0341) 3222280

SURAT KETERANGAN DOKTER TENTANG KESEHATAN BADAN

Nama :

Tempat & Tanggal Lahir :

Alamat :

Pekerjaan :

Telah diperiksa Kesehatan

badannya tanggal :

Keimpulan BAIK untuk :.....
Tidak

OD. =

Malang, Tgl

VISUS

Dokter yang memeriksa,

OS.=

B.B.=

T.B.=

GOL. DARAH :

BUTA WARNA :

(.....)

NIP