



**PEMERINTAH KOTA MALANG**  
**DINAS KESEHATAN**  
**UPT PUKESMAS BARENG**  
**JL. Bareng Tenes No. 10 A Telp. (0341) 3222280**

**SURAT KETERANGAN DOKTER TENTANG SAKIT**

Yang bertanda tangan di bawah ini Dokter Dinas kesehatan Daerah Kota Malang,  
menerangkan dengan sebenarnya bahwa:

Nama : .....

Umur : .....

Pekerjaan : .....

Tempat Tinggal : .....

Karena sakit diberi istirahat selama.....hari mulai tanggal.....s/d.....