

## SURAT KETERANGAN SAKIT

Nomor : SKS/08./10./2024

Yang bertanda tangan di bawah ini, menerangkan bahwa :

Nama : Siti May Sarah  
Umur : 43 Tahun  
Pekerjaan : Karyawan Swasta  
Alamat : Grand Wisata, Summer festival AE.3 / 26  
Bekasi

Berhubung dengan sakitnya perlu diberi istirahat selama.....1..... (.....Satu.....) hari terhitung mulai tanggal 18.04.2024 s.d .....

Demikian surat keterangan ini dibuat agar digunakan sebagaimana mestinya.

Dx: lpa

  
Klinik  
Bougenville

Bekasi, 18 April 2024

dr. DEBI UBAEDI ABDILAH  
SIP: 4401945/DU/DPM-PPJU/OL.21

Dokter Pemeriksa