



DINAS KESEHATAN KABUPATEN BOGOR
UPT PUSKESMAS BOJONGGEDE

Jl. Raya Bojonggede No. 27 Desa Bojong Baru Kec. Bojonggede
Telp. (021) 8780053

SURAT KETERANGAN

NO : 025 /SI/PUSKJ / I / 2023

Yang bertanda tangan dibawah ini menerangkan bahwa :

Nama : Hty.
Umur : 34 tahun (L/P)
Pekerjaan :
Alamat : Bojonggede 15/5

Izin

1. Datang berobat pada tanggal.....
2. Perlu istirahat karena sakit selama (.....) hari,
dari tanggal 4/1/23 s/d tanggal

Demikian bagi yang berkepentingan harap maklum.

Bojonggede, 4/1/23
Dokter Pemeriksa

(.....)
NIP.NR.PTT.....