



Dengan ini menerangkan bahwa :
This is to certify that :

Nama
Name

Tanggal Lahir
Date of Birth

No. MR :
MR No.

☒ Perlu istirahat dari
Sick leave from

☐ Dirawat di Rumah Sakit dari :
Is hospitalized from

s/d
to

s/d
to

20.18

dr. Jeffry Bela Tenggara, SpPD-KHOM
Internist Hematology Medical Oncology

Tanda tangan dan nama dokter pemeriksa
Doctor's signature and name

SHAMA 1605.51/0