

## SURAT KETERANGAN DOKTER (MEDICAL CERTIFICATE)

No : .....

Saya, yang bertanda tangan di bawah ini menerangkan bahwa :

*I, the undersigned state that :*

Nama : Hias Kaketna  
 Name : .....  
 Jenis Kelamin : Perempuan  
 Sex : .....  
 Umur : 36 tahun  
 Age : .....  
 Diagnosa Medis : program hamil  
 Medical Diagnosis : .....

Dari hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan, pasien tersebut :  
*From the results of the examination has been performed, the patient :*

- ☐ Memerlukan cuti melahirkan dari tanggal ..... s.d .....  
*Required maternity leave from the date ..... until .....*
- ☐ Memerlukan istirahat dan selama 3 hari, dari tanggal 2 s.d tanggal 4 November 2020  
*Required rest and should not do strenuous activity for ..... days, from the date ..... until .....*
- ☐ Dalam keadaan sehat/ tidak sehat dan diizinkan/ tidak diizinkan melakukan perjalanan dengan pesawat terbang  
*Good condition and health for travelling by airplane*
- ☐ Dirawat sejak tanggal ..... s.d tanggal .....  
*Hospitalized since ..... until .....*

Surat keterangan ini dikeluarkan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya  
*This letter is for the use specified only*

Jakarta, 2 November 2020

dr. Achmad Mediana, SpOG  
 SIP: 1.2.01.3171.0255814406/03.12.3  
 dr. ....