



KETERANGAN SAKIT
Medical Leave Statement

Yang bertanda tangan dibawah ini /The undersigned below stated :

Dokter / Doctor : Poli Umum

Menerangkan bahwa / Stated that :

Nama / Name : RAHMAN GUNAWAN (L)

Umur / Age : 53 Tahun / Years Old

Pekerjaan / Occupation : Pegawai Swasta

Alamat / Address : AJL BONTANG A 10/4 RT 004 RW 013 JATIWARINGIN PONDOK GEDE BEKASI

Perlu istirahat karena sakit selama / Need to rest for : 2 hari / days

Terhitung tanggal / From : 05 Jan 2023 Sampai dengan / Until : 06 Jan 2023

Harap yang berkepentingan maklum / Thank you for your consideration

Jakarta, 05 Jan 2023

Poli Umum
F/G-II (RU 1)

SIP :

Nama dan tanda tangan dokter / named and signature of physician

*)Surat keterangan hanya bisa dicetak sesuai tanggal kunjungan pasien

Form. No. F/E-I/35
Rev. No. 01

Form. No. F/G-II/17
Rev. No. 02