

SURAT KETERANGAN SAKIT

medical certificate for leave or extension of leave or commutation of leave / sick leave certificate

Yang bertanda tangan dibawah ini,
I, the authorize attendant

dr. Iskandar, SpPD
Spesialis Penyakit Dal
SIP : 01.030.040252.2462

Dokter :
Doctor

Menerangkan bahwa,
Hereby certify that

Nama : RITA DERHARU L / P
Name : 26.03.1974 M / F
Tanggal Lahir : 01-24-60 tahun / bulan / hari
Date of Birth : year / month / day
Pekerjaan :
Occupation :
Alamat :
Address :

Telah berobat di Mitra Keluarga (has been treated at Mitra Keluarga) pada tanggal (at):

Karena keadaan sakitnya yang bersangkutan (because of his/her illness requires):
☐ Di rawat (hospitalize) ☒ Istirahat (absence of duty) ☐ Sebatang ringan (restricted from heavy work)
☐ Tidak mengikuti olahraga (absence of physical exercise)

Selama (.....) minggu, dihitung tanggal s/d
for a periode of from till

Catatan :
Note :

Demikian untuk menjadi perhatian.
Thereby to be a notices.

dr. Iskandar, SpPD
Spesialis Penyakit Dal
SIP : 01.030.040252.2462

Hal. 1 - 1
MIKA/F/MED/030
07.18/00