

**BETHSAIDA***Hospital with Heart***SURAT KETERANGAN SAKIT**

DAVID SABARANI AGUNG

MR No : 00035480

(MALE)

DOB : 23-08-78

42Y 3M 24D

Phone No: +6285946485179



Yang bertanda tangan dibawah ini, Dokter BETHSAIDA HOSPITAL

Nama : \_\_\_\_\_

Alamat : \_\_\_\_\_

- ☒ Berhubungan sakit memerlukan istirahat selama : ..... 1 ( SATU ) hari terhitung tanggal : ..... 15/10/18 ..... s/d .....  
☒ Memerlukan izin tanggal : ..... 16/10/18 ..... Untuk datang ke BETHSAIDA HOSPITAL  
☐ Cuti hamil sesuai peraturan yang berlaku selama ..... Bulan, perhitungan perkiraan persalinan tanggal .....  
☐ Dirawat di BETHSAIDA HOSPITAL selama ..... ( ..... ) hari terhitung tanggal : ..... s/d ..... dan istirahat tambahan selama ( ..... ) hari setelah dipulangkan.  
harap yang berkepentingan maklum.

Tangerang, 15/10/18.Dr / G. ERD.**BETHSAIDA**  
*Healthcare with Heart*dr. Lidya Suryani Holiwono

SIP: 446.1/0313/1/5653 DINKES/2013

FORM-PMD-20-00