

Yang bertanda tangan dibawah ini,
I, the Undersigned

Dokter
Doctor

Menangkan bahwa,
Hereby certify that

Nama

Tanggal lahir
Date of Birth

Pekerjaan
Occupation

Alamat
Address

MICHAEL ISKANDAR, TN		L/P	M/F
31.05.1987		Umur	Age
36 Tahun 11 Bulan 12 Hari			
Laki-laki (Male)			

MITRA GADING VILLA BLK G 1/10 JAKARTA UTARA KELAPA GADING 14240	
---	--

Telah berobat di Mitra Keluarga pada tanggal (has been examined carefully on) : 13.05.2024

karena keadaan sakitnya yang bersangkutan diharapkan (because of his/her illness, he/she requires) :

<input type="checkbox"/> Di rawat (hospitalization)	<input checked="" type="checkbox"/> Istirahat (absence of duty)	<input type="checkbox"/> Cuti melahirkan (maternity leave)
<input type="checkbox"/> Bekerja ringan (restricted from heavy work)	<input type="checkbox"/> Tidak mengikuti olahraga (absence of physical exercise)	

Selama
For periode of

02 hari	terhitung tanggal	13.05.2024	s/d	14.05.2024
---------	-------------------	------------	-----	------------

Catatan
Note

Demikian untuk menjadi perhatian.
Thereby to be noticed This letter issued in.

Jakarta Utara	13.05.2024	10:14:10
dr. Andre Indrajaya Sp.PD.		
93/B.15B/31.72.06.1003.03.013.5.2/3/-1.779.3/E/202		

Form ini sudah dilakukan otorisasi dalam sistem, sehingga tidak memerlukan tanda tangan dokter
This medical certificate is electronically generated. No Signature required

