



**DINAS KESEHATAN KABUPATEN BOGOR**  
**UPT. PUSKESMAS KECAMATAN CILEUNGSI**  
Jl. Camat Enjan No. 1 - Cileungsi Telp. (021) 8230348  
Bogor 16820

## **SURAT KETERANGAN**

440/PM/CLS/TK/2019

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Dr. .... **DR. DONALD SIBARANI** .....

Menerangkan bahwa : **NIP: 19701108200012100\***

Nama : **FRENKY BLAANA** ..... (Pria) / Wanita

Umur : **37** .....

Pekerjaan : **PT ELEKTRONIC CUY** .....

Alamat : **PASDAMPRES SITUSARI RT 005 / RW 008** .....

Pada pemeriksaan hari ini ybs. dalam keadaan .....

**SAKIT**

dan perlu beristirahat selama **1** ( **Satu** ) .....

hari, dari tanggal **16-10-2019** ..... s/d tanggal .....

kepada yang berkepentingan harap maklum.

Tinggi Badan : ..... cm

Berat Badan : ..... kg

Tensi : ..... MmHg

