

**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

Dokter : Dr. Otea Helmanita  
Doctor

Menerangkan bahwa,  
Hereby certify that

Nama : Fernish Ardell L / P  
Name M / F

Tanggal Lahir : 4-9-1998 Umur : ..... tahun / bulan / hari  
Date of Birth Age year / month / day

Pekerjaan : .....  
Occupation

Alamat : Jl. E. 1. NO. 4. Karang Anyar  
Address Sawah besar


Telah berobat di Mitra Keluarga (has been treated due to his / her illness) pada tanggal (at):  
.....

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

Selama 3 (tiga) hari / minggu, terhitung tanggal 11-10 s/d 13-10-2022  
for a periode of day / week, from till

Catatan : istirahat 3 hari  
Note

Demikian untuk menjadi perhatian.  
Thereby to be a notices.

 **Mitra  
Keluarga**  
Kemayoran  
Tanda 13-10-2022  
(dr. Otea Helmanita)