

KETERANGAN SAKIT
Medical Leave Statement

Yang bertanda tangan di bawah ini / *The undersigned below stated :*

Dokter / *Doctor* : Dr. Ira Agustine Mutiara, Sp.THT-KL

Menerangkan bahwa / *Stated that*

Nama / *Name* : RAHMAN GUNAWAN (L) Umur / *Age* : 52 Tahun / *Years Old*

Pekerjaan / *Occupation* : Pegawai Swasta

Alamat / *Address* : JL BONTANG A 10/4 RT 004 RW 013 JATIWARINGIN PONDOK GEDE BEKASI

Perlu istirahat karena sakit selama / *Need to rest for* : 1 Hari / *Days*

Terhitung tanggal / *From* : 11 June 2021 sampai dengan / *until* :

Harap yang berkepentingan maklum / *Thank you for your consideration*

Jakarta, 11 June 2021



RS Premier
Jatinegara

STE/G-II (17 8)

Dr. Ira Agustine Mutiara, Sp.THT-KL

SIP : 53/B.15b/31.75.03/-1.779.3/e/2018

Nama dan tanda tangan dokter / *named and signature of physician*

Form. No. F/E-I/35
Rev. No. 01 F/G-II/17
Rev. No. 01