

SURAT KETERANGAN SAKIT
SICK LEAVE LETTER

No.Surat :2021/10004976279

Yang bertanda tangan dibawah ini,
I, the Undersigned

Dokter
Doctor

dr. Fatia Rahmanita

Menerangkan bahwa,
Hereby certify that

Nama
Name

AGNES ,NY

L/P
M/F

Perempuan (Female)

Tanggal lahir
Date of Birth

29.01.1991

Umur
Age

30 Tahun 8 Bulan 27 Hari

Pekerjaan
Occupation

Alamat
Address

APARTEMEN GREEN PARK VIEW UNIT G348 JL D JAKARTA BARAT PENJARINGAN
14450

Telah berobat di Mitra Keluarga pada tanggal (has been examined carefully on) : 26.10.2021

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

☐ Di rawat (hospitalization)

☒ Istirahat (absence of duty)

☐ Cuti melahirkan (maternity leave)

☐ Bekerja ringan (restricted from heavy work)

☐ Tidak mengikuti olahraga (absence of physical exercise)

Selama
For periode of

03 hari

terhitung tanggal
Starting from

27.10.2021

s/d
Untill

29.10.2021

Catatan
Note

Diagnosa: Observasi Febris suspek Bakterial DD/ Viral, anjuran periksa lab darah 2 hari lagi
(28/10/21)

Demikian untuk menjadi perhatian.

Thereby to be noticed This letter issued in.

TANGERANG SELATAN

26.10.2021

20:15:23

dr. Fatia Rahmanita

SIP: 446.1/1090/01-DPMPTSP/OL/2019

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

