

DINAS KESEHATAN KOTA  
CIREBON  
Jalan Kesambi No. 52 Cirebon

No. : 00211237

### SURAT KETERANGAN DOKTER

No. ....400.... / ....403.... / .....2025

dr. H. Anggun Suryandaru

NIP. 49760706.200003.1.003

Yang bertanda tangan dibawah ini dokter :

Dokter pada Dinas Kesehatan Kota Cirebon, menerangkan bahwa :

Nama : Fathiyah Tuqsnbillah Pria / Wanita

Umur : 21 Tahun

Jabatan :

Alamat : Jl. Bungut Kulon Blok FB 28 No. 12A Talemudal

:

Sehat

Setelah diadakan Pemeriksaan Kesehatan maka terdapat .....

Maka oleh karenanya ia :

1. Dapat untuk melanjutkan Sekolah/Study di .....
2. Dapat untuk bekerja : .....
3. Dapat untuk : persyarikatan KKN
4. Keterangan ini berlaku untuk 6 (enam) bulan terhitung sejak dikeluarkan

#### CATATAN :

- Tinggi Badan : .....160.....Cm
- Berat Badan : .....80.....Kg
- Tensie : .....110/80.....MmHg
- Visus : .....ode -1.....
- Pendengaran : .....Normal.....
- Golongan Darah : .....B.....
- Buta Warna : .....O.....
- Bebas Tato : .....O.....
- Suhu : .....36,1.....°C

Tanda Tangan yang  
diperiksa



(Fathiyah Tuqsnbillah)

Dokter tersebut



( ..... )