

DINAS KESEHATAN KOTA  
CIREBON  
Jalan Kesambi No. 52 Cirebon

140222

## SURAT KETERANGAN DOKTER

No. SSD.....1643/VII/2025

dr. Hj. Dewi Nurul

NIP. 19751007 200701 2 008

Yang bertanda tangan dibawah ini dokter.....

Dokter pada Dinas Kesehatan Kota Cirebon, menerangkan bahwa :

Nama : Alifah Rasa : A.D .....  Wanita

Umur : 21 ..... Tahun

Jabatan : \_\_\_\_\_

Alamat : P. Grenteng RT 02/RW 06 Kelurahan Margamukti. Kota Cirebon

Setelah diadakan Pemeriksaan Kesehatan maka terdapat ..... SEHAT

Maka oleh karenanya ia :

1. Dapat untuk melanjutkan sekolah / study di .....

2. Dapat untuk bekerja : .....

③ Dapat untuk : Persyaratan KCN.

④ Keterangan ini berlaku untuk 6 ( enam ) bulan terhitung sejak dikeluarkan

### CATATAN :

- |                  |               |                                 |
|------------------|---------------|---------------------------------|
| - Tinggi Badan   | : 147 Cm      | Tanda Tangan yang<br>di periksa |
| - Berat Badan    | : 49 Kg       |                                 |
| - Tensie         | : 105/70 mmHg |                                 |
| - Virus          | : DDS 6/6     |                                 |
| - Pendengaran    | : Normal      |                                 |
| - Golongan Darah | : O           |                                 |
| - Buta Warna     | : -           |                                 |
| - Bebas Tato     | : -           |                                 |
- ( Alifah )  
(.....)

Cirebon, 16 Juli 2025

Dokter tersebut

