

**SURAT KETERANGAN DOKTER**

No. .... 400... / .... 403... / ... (Cenur 2025)

dr. H. Anggun Suryandaru

NIP. 49760706-200003-4-003...

Yang bertanda tangan dibawah ini dokter :  
Dokter pada Dinas Kesehatan Kota Cirebon, menerangkan bahwa :

Nama : Fathiyah Tusabillah ..... Pria / Wanita  
Umur : 21 ..... Tahun  
Jabatan :  
Alamat : Jl. Buyut Kulon Blok FB 28 No 12A Tulemudal  
:

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 : persyaratannya KKN
4. Keterangan ini berlaku untuk 6 (enam) bulan terhitung sejak dikeluarkan

**CATATAN :**

- Tinggi Badan : 160 ..... Cm  
- Berat Badan : 50 ..... Kg  
- Tensie : 110/80 ..... MmHg  
- Visus : 08-1  
- Pendengaran : Normal  
- Golongan Darah : B  
- Buta Warna :  
- Bebas Tato :  
- Suhu : 36.4 ..... °C

Tanda Tangan yang  
diperiksa

(Fathiyah Tusabillah)

Cirebon, 14 Juli 2025

Dokter tersebut

