



MAJELIS DIKTI PIMPINAN PUSAT MUHAMMADIYAH
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
KLINIK PRATAMA AKBID MUHAMMADIYAH CIREBON
Jl. Kalitanjung Timur No.. 14/18 A Kel./Kec. Harjamukti Kota Cirebon 45143
Telp. (0231) 481724 Email : kpb.akbidmuh@gmail.com

SURAT KETERANGAN SEHAT

Nomor : ..XII../KET/III.3-AU/B/20..25

Yang bertanda tangan di bawah ini, menerangkan :

Nama : ..Ulifatur Saniyah.....
Jenis Kelamin : Laki-Laki / Perempuan
Umur : ..20..... Tahun
Alamat : ..ds Ranjeng Dag/002 Ranjeng Losarang
Pekerjaan : ..-

Setelah dilakukan pemeriksaan , kepada yang tersebut diatas,
Dinyatakan **SEHAT / TIDAK SEHAT**.

Surat Keterangan ini diperlukan :

Untuk : ..persyaratan KKM.....

Berlaku s/d 6 (enam) bulan sejak tanggal di periksa.

Hasil Pemeriksaan

1. Tinggi badan : ..157..... cm
2. Berat Badan : ..49..... kg
3. Tekanan darah : ..110 / 80 mmHg
4. Visus / Penglihatan : ..DBN..... od/os
5. Pendengaran : ..Dalam Batas Normal
6. Buta Warna : ..Tidak Buta warna
7. Golongan darah : ..O / A / B / AB
8. Cacat Fisik / Totto : ..tidak Ada tatto



(.....)