

SURAT KETERANGAN DOKTER

No. : I / ddt. 2024

Yang bertanda tangan di bawah ini, Dokter MUSTOFA, menerangkan
sesungguhnya, bahwa :

Nama : Tn Mustofa Kamul Pria/Wanita

Umur : 57

Pekerjaan : Isn

Alamat : Jalga Labsema

Pada waktu pemeriksaan saat ini, dalam keadaan Sakit maka perlu
istirahat dari tanggal 10-01-2024 s/d 19-01-2024

Keterangan ini diperlukan untuk.....

Catatan :

1. Tinggi Badan :
2. Berat Badan :
3. Tensi VOD :

