

SURAT KETERANGAN DOKTER

No. : X / date: 25/4

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

Nama

wa : In Mustafa Kemal

Pria/Wanita

Ummur

57

## Pekerjaan

John :

Alamat

Al. Jann Laksona

Pada waktu pemeriksaan saat ini, dalam keadaan ..... *Sehat* ..... maka perlu istirahat dari tanggal ..... *30.10.2023* s/d ..... *10.11.2023*

Keterangan ini diperlukan untuk.....

Bulaklor 30.10.2027

Catatan:

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

