

SURAT KETERANGAN DOKTER

No. : X / 10045925

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

Nama : Tn. mustofa kelmul Pria/Wanita
Umur : 57
Pekerjaan : Isn
Alamat : N. jaya luksana

Pada waktu pemeriksaan saat ini, dalam keadaan Sakit maka perlu
istirahat dari tanggal 16.10.2023 s/d 17-10-2023

Keterangan ini diperlukan untuk.....

Catatan :

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

