

SURAT KETERANGAN DOKTER

No. : *11 / drt - sy 2023*

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

Nama : *Tn - Mustafa Kemal* Pria/Wanita
Umur : *57*
Pekerjaan : *ASN*
Alamat : *Jaya Laksana*

Pada waktu pemeriksaan saat ini, dalam keadaan *Gembira* maka perlu
istirahat dari tanggal *12.12.2023* s/d *26.12.2023*

Keterangan ini diperlukan untuk

Catatan :

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

Bulak for *16.10.2023*
Dokter tsb, di atas



(DR. MUSTOFA)