

SURAT KETERANGAN DOKTER

No. : 1/1006/2024

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

Nama : Tn. Mustofa Kamal Pria/Wanita

Umur : 57

Pekerjaan : Psn

Alamat : Jl. Jember Kalbarana

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 :

