



**GRHA BUNDA**  
rumah sakit ibu dan anak  
Jl. Terusan Jakarta No. 15-17 Bandung  
Telp. (022) 87256789


## SURAT KETERANGAN ISTIRAHAT

Dokter yang bertanda tangan di bawah ini, menerangkan bahwa :

Nama Lengkap : *NY. mi/g Auli/g Dewi* ..... ( LK / PR )  
Umur : *28* ..... Tahun  
Pekerjaan : *PNS* .....

- ☐ Memerlukan istirahat selama *3* ..... ( *7/99* ..... ) hari, terhitung mulai tanggal *06/09/2022* ..... s/d *08/09/2022* ..... karena sakit.
- ☐ Berdasarkan perhitungan kehamilannya, maka yang bersangkutan memerlukan cuti hamil, persalinan dan nifas, sesuai dengan peraturan yang berlaku selama ..... ( ..... ) hari, terhitung mulai tanggal ..... s/d .....
- ☐ Berdasarkan tindakan operatif yang dialaminya, maka yang bersangkutan memerlukan istirahat selama ..... ( ..... ) hari, terhitung mulai tanggal ..... s/d .....

Bandung, *05/09/2022* ..... Pukul *19.00* .....

Dokter,  
  
( ..... )  
Nama & Tanda tangan