



DINAS KESEHATAN KOTA SEMARANG
PUSKESMAS TLOGOSARI WETAN

Jl. Soekarno - Hatta Telp. (024) 6713 083 Semarang



SURAT KETERANGAN DOKTER

No : 440/212/1 /2020.

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. BELA GINA TRESNANI
NIP. : SP. 03747-50193-00-2230-011419-1142410/2016

Dokter Puskesmas Tlogosari Wetan Kota Semarang, menerangkan dengan mengingat sumpah/janji sewaktu menerima jabatan, bahwa :

Nama : LUTHFI FEBRY MAURTINO.
TTL/Umur : SEMARANG / 4 FEBRUARI 1997 (.....22.....Th)
Pendidikan : SMK
Alamat : MERPATI 11 NO. 4A 07/09, PERURUNGAN TENGAH
Pada tanggal : 28-01-2020 Telah diperiksa kesehatan badannya dengan

hasil pemeriksaan : Sehat / ~~Tidak~~sehat

B.B. : 65 Kg T.B. : 173 cm Gol Darah : 0 T.D. : 130/70 mmHg

Mata : NORMAL Telinga : NORMAL Buta Warna : NORMAL

Keperluan : MELAMAR PEKERJAAN

Surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan semestinya.

Tanda Tangan

Pemohon

LUTHFI FEBRY M

Semarang, 28-01-2020

Dokter tersebut di atas

