

**dr. YUYUNG BUDIWASKITO, MM**

SIP No. 33016/53223/DU/02/449.1/0047/VII/2016

Jl. Kalimantan No. 124A Cilacap

Tlp. (0282) 533705

**SURAT KETERANGAN DOKTER**

Saya yang bertandatangan dibawah ini menerangkan bahwa yang tersebut dibawah ini :

Nama : **Nn. INDAH CAHYA FEBRIANI** Umur : **20** Tahun ( L / P )  
Alamat : **Taman Gading Blok B 29A RT.007/RW.009, Tegalkamulyan, Cilacap Selatan**  
: **Cilacap**  
Pekerjaan / Sekolah : **\_**

Pada pemeriksaan kesehatan saat ini dalam keadaan : *Sehat*  
Surat keterangan ini digunakan untuk : **Persyaratan KKN**

Mohon yang berkepentingan maklum, dan kami sampaikan terima kasih.

**Keterangan**

Tinggi Badan : 162 Cm  
Berat Badan : 49 Kg  
Tekanan Darah : 110/70 mmHg  
Golongan Darah : - AB -  
Lain-lain : -

Cilacap, 20 April 2022  
Dokter Pemeriksa,  
  
**dr. YUYUNG BUDIWASKITO, MM**