



PEMERINTAH KABUPATEN SUBANG
UPTD. PUSKESMAS MANDALAWANGI
Jalan Raya Pamanukan - Ciasem KM. 11 Kec. Sukasari Kab. Subang
E-mail : pkmmandalal2018@gmail.com Kode Pos 41250



SURAT KETERANGAN SAKIT

Nomor : 276 / PAM / V, / 2025

Yang bertanda tangan dibawah ini, dokter Pusat Kesehatan Masyarakat Mandala Wangi, menerangkan bahwa :

Nama : **RINI MINA T Y**
Umur : **31** Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan/ Laki-laki)*
Alamat : **Dsn. Babakan RT. 004 / RW. 001, DS. Karangmulya - Legon Leuwon**
Pada tanggal **10 JUNI 2025** sudah dilakukan pemeriksaan kesehatan dengan hasil :

- Baik
- Perlu istirahat karena sakit selama **SATU (1) Hari**
Dari tanggal **10 JUNI 2025** s/d **10 JUNI 2025**

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya. Terima Kasih.

Mandalawangi, **10 JUNI 2025**

Dokter Remeriksa

DR. DR. SASTRAHARMI, M.Pd
NIP. 19701008 200604 1004