**DEPARTEMEN KESEHATAN R.I**

**R.S.U.P dr. HASAN SADIKIN**

**Jalan Pasteur No. 38 Bandung**

**Telepon No. 2034953, 2034954**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**SURAT KETERANGAN**

Dengan surat ini saya menerangkan bahwa :

Nama               : …..

Umur               : 47 Tahun

Pekerjaan         : Pedagang

Alamat            : Jl. Perjuangan Abadi, Blok D, No. 23

Dari hasil pemeriksaan kesehatan, pasien dinyatakan  SAKIT dan perlu diberikan ISTIRAHAT selama 3 hari terhitung mulai tanggal 15 Juni s.d 18 Juni 2020.

Demikian surat keterangan ini diperbuat dengan sebenar-benarnya agar dapat digunakan sebagaiman mestinya.

Bandung, 15 Juni 2020

Dokter pemeriksa

(…………………)

NIP.