

**YAYASAN DARUL ' ULUM AGUNG**

**PRAKTIK DOKTER UMUM**

**Jl. Mayjend Sungkono No 09 Bumiayu Kedungkandang Malang 65135**

**Telp. 0341-752866, Fax. 0341-752866**

**Akte Notaris : H. ROMLAN, SH, M.Hum. NO. 26 TANGGAL 19 NOPEMBER 2015**

**SURAT KETERANGAN SEHAT**

**No. ......... / 001 / ......... / 2018**

Yang bertanda tangan dibawah ini dr. Muchamad Zubaid, menerangkan dengan sebenarnya bahwa;

Nama : .....................................................................................................................

Tempat / Tgl Lahir :..................................... / .............................................................................

Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan.\*)

Pekerjaan : .....................................................................................................................

Alamat : .....................................................................................................................

.......................................................................................................................

Hasil Pemeriksaan Fisik;

TB / BB : ......... cm / ......... kg.

Tekanan darah : ......... / ......... mmHg. Respiratory rate : ......... rpm.

Nadi : ......... rpm. TᵒAxilla : ......... ᵒc.

Tes Buta Warna : Tidak / Parsial / Ya.\*) .................................................................................

Pada pemeriksaan ini dalam keadaan SEHAT. Surat keterangan sehat ini diberikan untuk keperluan; ......................................................................................................................................................

NB : *.\*) Coret yang tidak perlu.*

Malang, ........................... 2018

Pemeriksa,

dr. Muchamad Zubaid\*\*

SIP :

*\*\*Surat ini tidak sah jika tidak terdapat cap stampel.*





**YAYASAN DARUL ' ULUM AGUNG**

**PRAKTIK DOKTER UMUM**

**Jl. Mayjend Sungkono No 09 Bumiayu Kedungkandang Malang 65135**

**Telp. 0341-752866, Fax. 0341-752866**

**Akte Notaris : H. ROMLAN, SH, M.Hum. NO. 26 TANGGAL 19 NOPEMBER 2015**

**SURAT KETERANGAN SEHAT**

**No. ......... / 001 / ......... / 2018**

Yang bertanda tangan dibawah ini dr. Muchamad Zubaid, menerangkan dengan sebenarnya bahwa;

Nama : .....................................................................................................................

Tempat / Tgl Lahir :..................................... / .............................................................................

Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan.\*)

Pekerjaan : .....................................................................................................................

Alamat : .....................................................................................................................

.......................................................................................................................

Hasil Pemeriksaan Fisik;

TB / BB : ......... cm / ......... kg.

Tekanan darah : ......... / ......... mmHg. Respiratory rate : ......... rpm.

Nadi : ......... rpm. TᵒAxilla : ......... ᵒc.

Tes Buta Warna : Tidak / Parsial / Ya \*) .................................................................................

Pada pemeriksaan ini dalam keadaan SEHAT. Surat keterangan ini diberikan untuk keperluan; ......................................................................................................................................................

NB : *.\*) Coret yang tidak perlu.*

Malang, ........................... 2018

Pemeriksa,

dr. Muchamad Zubaid

SIP :

Malang, ........................... 2018

Pemeriksa,

dr. Muchamad Zubaid\*\*

SIP :

*\*\*Surat ini tidak sah jika tidak terdapat cap stampel.*