

**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 SAKIT**

**No. ......... / 002 / ......... / 2018**

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

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

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

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

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

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

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

Diberikan Istirahat Sakit / Perlakuan Khusus.\*) selama ..... ( ......... ) hari/minggu/bulan.\*), terhitung mulai Tanggal ..... / ..... / 2018s/d Tanggal ..... / ..... / 2018. Demikian surat keteragan ini dibuat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

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

Pemeriksa,

dr. Muchamad Zubaid\*\*

SIP :

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

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

*Istirahat sakit diberikan maksimal selama 3 (tiga) hari.*





**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 SAKIT**

**No. ......... / 002 / ......... / 2018**

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

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

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

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

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

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

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

Diberikan Istirahat Sakit / Perlakuan Khusus.\*) selama ..... ( ......... ) hari/minggu/bulan.\*), terhitung mulai Tanggal ..... / ..... / 2018s/d Tanggal ..... / ..... / 2018. Demikian surat keteragan ini dibuat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

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

Pemeriksa,

dr. Muchamad Zubaid\*\*

SIP :

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

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

*Istirahat sakit diberikan maksimal selama 3 (tiga) hari.*