

IMMUNIZATION CERTIFICATE

SERTIFIKAT VAKSINASI

The doctor assigned below :

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Name : dr. Anna Rahma
Nama

Position : Medical Doctor at Vaksinin Clinic
Jabatan : Dokter Klinik Vaksinin

Hereby confirmed that :

Dengan ini menyatakan bahwa :

Medical Record
No. Rekam Medis : RM202601200001

Name : Rofi'ah Budi Nadia
Nama

Date of Birth : 07 Januari 2003
Tanggal Lahir

Gender : Perempuan
Jenis Kelamin

ID Number
No Identitas : 3314014701030001

Has been immunized as mentioned below :

Telah dilakukan vaksinasi seperti yang disebutkan di bawah :

Date of Vaccination : 27 Januari 2026
Tanggal Vaksinasi

Type of Vaccination : a
Jenis Vaksinasi

Vaccine Lot No.
No. Batch Vaksin : a

Vaccine Exp. Date : 24 Januari 2026
Tanggal Kadaluarsa Vaksin

Thus, this letter is made in accordance with the actual conditions and to be used properly.

Demikian hasil pemeriksaan ini dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

South Tangerang, 27 Januari 2026

Tangerang Selatan,

SIP: