**PEMERINTAH KABUPATEN WONOSOBO**

**DINAS KESEHATAN**

**PUSKESMAS SAPURAN**

**Alamat : Jl Kalibawang Km. 18 Kp. Sidodadi, Telp. (0286) 611028**

**Email : puskesmassapuran@gmail.com**

**SURAT KETERANGAN DOKTER**

No. : ${nomor}

Yang bertanda tangan dibawah ini menerangkan bahwa :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nama | : | | ${nama} |
| Umur | : | | ${umur} |
| Alamat | : | | ${alamat} |
| Tanggal Pemeriksaan | : | | ${tgl} |
| Hasil Pemeriksaan | : | | ${hasil} |
| Keterangan | : | | ${keterangan} |
| Tensi | : | | ${tensi} mmHg |
| BB | : | | ${bb} Kg |
| TB | : | | ${tb} Cm |
| Gol Darah | : | | ${gol\_darah} |
| Dokter Pemeriksa | |
|  | |
| ${nama\_dokter} | |