

**SURAT KETERANGAN ISTIRAHAT**  
*MEDICAL CERTIFICATE*  
No. 068968/PLZ/KFD-SMT5/MC/X/2025

Yang bertanda tangan di bawah ini, Dokter Klinik Kimia Farma, menerangkan bahwa:  
*The undersigned, a doctor at Kimia Farma Clinic, hereby declares that:*

Nama  
*Name* : **RISKA AYUNDRA**

Tanggal Lahir  
*Date of Birth* : **28 Oktober 2001 (23 thn)**

Instansi  
*Company* : **PT GIK TECH BERJAYA INDONESIA**

No. Pegawai  
*Badge* : **F0019379**

Alamat  
*Address* : **PERUMAHAN REXVIN BOELEVARD BLOK KUTA 77**

No Telep/HP  
*Phone Number* : **088279976411**

Diagnosa  
*Diagnosis* : **R68.7 - Gastroenteritis**

Berdasarkan pemeriksaan medis yang telah dilakukan, yang bersangkutan diketahui menderita sakit dan memerlukan istirahat selama:

*Based on the medical examination conducted, the individual is diagnosed with an illness and requires a period of medical leave for:*

<b>Durasi</b> <i>Duration</i>	<b>Tanggal Mulai</b> <i>Start From</i>	<b>Tanggal Selesai</b> <i>Until Date</i>	<b>Klinik</b> <i>Healthcare Facility</i>
1 Hari <i>1 days</i>	21 Oktober 2025 <i>October 21st 2025</i>	21 Oktober 2025 <i>October 21st 2025</i>	KLINIK KIMIA FARMA SP PLAZA

Demikian disampaikan agar pihak yang berkepentingan maklum, dan kepada yang bersangkutan agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

*Accordingly, this letter is issued for proper use by the concerned party.*

BATAM, 21 Oktober 2025  
*BATAM, October 21st 2025*



*dr. Auusie Griffina Sinuling*  
007.II/001-871/IP.TM/DPMPSTP-BTM/X/22



Pindai untuk Verifikasi  
Keaslian Dokumen  
*Scan to verify the authenticity  
of this document*