

**SURAT KETERANGAN ISTIRAHAT**  
**MEDICAL CERTIFICATE**  
No. 000851/GUL/KFD-SMT5/MC/VIII/2025

Yang bertanda tangan dibawah ini, dokter klinik kimia farma menerangkan bahwa :

*Undersigned, Klinik kimia farma doctor, declare that:*

Nama : **SUCI PRIYANI SRIHATI**  
*Name*  
Tanggal Lahir : **27 Juni 2002/ June 27nd 2002**  
*Date Of Birth*  
Perusahaan : **PT. SURYA TEKNOLOGI**  
*Company*  
No. Pegawai : **19486**  
*Badge*  
Alamat : **MARINA GALAXY PARK**  
*Address*  
No Telep/HP : **088279900425**  
*Phone Number*

Berdasarkan pemeriksaan medis yang dilakukan, bersangkutan menderita sakit, membutuhkan istirahat sakit selama :

*Based on medical examination carried out, the person concerned suffers from illness, requires sick rest 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>	27 Agustus 2025 <i>August 27th 2025</i>	27 Agustus 2025 <i>August 27th 2025</i>	Klinik Kimia Farma 0137 - Sagulung

Demikianlah agar yang berkepentingan maklum dan kepada yang bersangkutan agar mempergunakan sebagaimana mestinya.

*Therefore, this letter is issued to be used properly.*

Batam, 27 Agustus 2025  
*Batam, August 27th 2025*

**kimia farma**  
Laboratorium & Klinik

*dr. Minaria Ginting*  
**MR21712506004375**



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