

SURAT KETERANGAN ISTIRAHAT
MEDICAL CERTIFICATE

No. 001628/PBL/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 : **SERINA AGUSTRIANI TARIGAN**

Tanggal Lahir
Date of Birth : **18 August 2003 (22 thn)**

Instansi
Company : **PT. Surya Teknologi**

No. Pegawai
Badge : **20010**

Alamat
Address : **TJ PIAYU**

No Telep/HP
Phone Number : **087876808707**

Diagnosa
Diagnosis : **J00 - Acute nasopharyngitis [common cold]**

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:

Durasi <i>Duration</i>	Tanggal Mulai <i>Start From</i>	Tanggal Selesai <i>Until Date</i>	Klinik <i>Healthcare Facility</i>
1 Hari 1 days	02 Oktober 2025 October 2nd 2025	02 Oktober 2025 October 2nd 2025	KLINIK KIMIA FARMA 230 PANBIL

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, 02 Oktober 2025
BATAM, October 2nd 2025



Drg. FATIMAH RINI DWININGRUM
14/SIPDGSA/DPMPSTP-BTM/01/II/2005



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