|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| H:\FORM EDIT\Logo kota malang jawa timur.png | PEMERINTAH KOTA MALANG  DINAS KESEHATAN  **PUSKESMAS RAMPAL CELAKET**  Jl. Simpang Kasembon No.5 Telp. (0341) 356380  [www.puskrampalcelaket.malangkota.go.id](http://www.puskrampalcelaket.malangkota.go.id) e-mail : [puskrampalcelaket@malangkota.go.id](mailto:puskrampalcelaket@malangkota.go.id)  MALANG Kode Pos : 65111 | H:\FORM EDIT\logo-puskesmas (1).png |

No : 440/ /35.73.306.09/ ${tahun}

**SURAT KETERANGAN SEHAT**

Dengan ini menyatakan bahwa :

Nama : ${nama\_pasien}

NIP :

Umur : ${umur}

Alamat : ${alamat}

Jenis Kelamin: ${jk}

Pekerjaan : ${pekerjaan}

Setelah dilakukan pemeriksaan Kesehatan ;

Tinggi Badan :

Berat Badan :

Tekanan darah :

Golongan darah:

Visus : OD :

OS :

Setelah kami lakukan pemeriksaan terhadap orang tersebut, Yang Bersangkutan dinyatakan dalam keadaan **BAIK,** serta **TIDAK BUTA WARNA** ,Surat keterangan ini dipergunakanuntuk keperluan **(keperluan apa)**

Demikian Surat Keterangan tentang kesehatan ini dibuat atas permintaan sendiri untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Malang, ($tgl\_sekarang)

Dokter Pemeriksa

dr. Moh. Ali Sahib

Nip. 198306102011011003