



PT MEDIKALOKA ARCAMANIK
RUMAH SAKIT UMUM HERMINA ARCAMANIK

Jl. A.H. Nasution No.50 Bandung 40291

Tlp. (022) 87242525 Fax. : (022)

RM 01.7

SURAT KETERANGAN SAKIT

Dokter yang bertanda tangan dibawah ini, menerangkan bahwa :

Nama : *Tn. Miftah Ibrahim*
Umur : *36* tahun
Pekerjaan : *Pengacara Swast*
Diagnosis : *Abs. Febris H-3 + (SFA)*

Memerlukan istirahat selama *1* (*satu*) hari, terhitung mulai tanggal *8/2/2024* s/d tanggal *-* karena sakit.

Berdasar perhitungan kehamilannya, maka yang bersangkutan memerlukan cuti hamil, persalinan dan nifas, sesuai dengan peraturan yang berlaku selama (.....) hari, terhitung mulai tanggal s/d tanggal

Berdasarkan tindakan operatif yang dialaminya, yang bersangkutan memerlukan istirahat selama) hari terhitung mulai tanggal s/d tanggal

Demikian surat keterangan ini dibuat, untuk dapat dipergunakan dengan sebagaimana mestinya.

Bandung, *8/2/2024*



dr. Fauziah

Tanda Tangan dan Nama Jelas