



DINAS KESEHATAN KOTA KENDARI

UPTD PUSKESMAS LABIBIA KECAMATAN MANDONGA

JL. IMAM BONJOL KEL. LABIBIA - KENDARI 93113

SURAT KETERANGAN SAKIT

Nomor: 200 / PUSK-LBB / 2 / 2022

Yang bertanda tangan di bawah ini, menerangkan bahwa :

Nama : *Nn. Raiza Ardifa*
Umur : *20 tahun*
Jenis Kelamin : *Pereempuan*
Pekerjaan : *Mahasiswa*
Alamat : *Labibia*

Pada pemeriksaan fisik yang dilakukan ternyata dalam keadaan SAKIT.

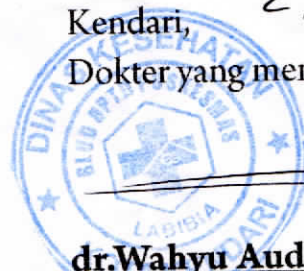
Untuk itu perlu istirahat selama ... (*3*) hari, terhitung dari tanggal

2-4 / 2 / 2023

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kendari, *2 / 2 /* 2023

Dokter yang memeriksa,



[Signature]
dr. Wahyu Auditya Pratama

NIP. 199506122022021001