



KLINIK UTAMA CITRA HUSADA

Jln. Dewi Sartika No. 2 Tangerang, Banten 15111

Telp. 021 – 5522501 / 021 – 55722722

SURAT KETERANGAN DOKTER

No . 1/RSUAD/VII/2024

Yang bertanda tangan di bawah ini, dr. Lani Komala selaku dokter di Klinik Utama Citra Husada dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya telah melakukan pemeriksaan kepada :

Nama : CONTOH (L)
No RM : **000840**
Tgl Lahir : 12-12-1999 (24 th)
Golongan Darah : BB kg TB cm TD / Nadi
Pekerjaan : BELUM BEKERJA
Alamat : zz, ABIANSEMAL, ABIANSEMAL, KABUPATEN BADUNG

Menerangkan bahwa saat dilakukan pemeriksaan, pasien tersebut :

1. Kesehatannya memenuhi syarat
2. Tidak Buta Warna
3. Tidak Bertato

Untuk Keperluan : **Melanjutkan Pendidikan.**

Catatan : -.

Demikian Surat Keterangan ini Kami buat agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.



Kota Tangerang, 30 Juli 2024

dr. Lani Komala