RUMAH SAKIT
HERMINA MEKARSARI
Jl. Raya Cileungsi - Jonggol Km. 1 Kab. Bogor 16820
Telp. : (021) 2923 2525 (Hunting) Fax. : (021) 2923 2770

SURAT KETERANGAN ISTIRAHAT

Dokter yang bertanda tangan dibawah ini, menerangkan bahwa :

Nama : Tn. Arip Laki-laki / Perempuan
Umur : ..... tahun
Pekerjaan : Karyawan

( ) Memerlukan istirahat selama 5 (Lima) hari, terhitung mulai tanggal 19 Feb 2025 s/d tanggal 21 Feb 2025 karena sakit.

( ) Berdasarkan 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.

Bogor, 17 Feb 2025

dr. Andy Supardi, Sp.B
SIP: 440/050-1/Sp B/00065/DPMPTSP/2024

Tanda Tangan dan Nama Jelas