



KLINIK PRATAMA
CASA MEDICAL TANJUNG UNCANG
Komplek Pertokoan Fanindo Blok E No. 8, Batu Aji, Kota - Batam
Telp. (0778) 358 1097

SURAT KETERANGAN
MEDICAL CERTIFICATE

No. **33846**

Menerangkan dengan sesungguhnya bahwa :

This is to certify that :

Nama / Name : *OK Wira nata*

Umur / Age : *Dewasa*

Jenis Kelamin / Gender : *Laki-laki*

Perusahaan / Company : *INSPEKTINDO Sinergy Peserta*

No. Peserta / Member ID :

Pada tanggal *26/12/2023* dilakukan pemeriksaan kesehatan dari orang
On the *has done medical examination to the above mentioned*

tersebut diatas dengan hasil nya :
person with result as follows :

a. Baik

Good

b. Perlu istirahat sakit selama *1 hari* *Satu*

Need Medical Leave 26/12/2023

hari sejak tanggal.....s/d..... *#*

Day (S) Since

Demikian lah untuk diketahui adanya

Please be advised accordingly



Dokter / Doctor

d. *[Signature]* **DAMANIK**
SIP:037/PG/150/PT/2017/MP/PSI-BTBMIV/2022

.....
Nama / Name