

Yang bertanda tangan dibawah ini,  
I, the UndersignedDokter  
Doctor

dr. Erick Satria Corputty Sp.B.

Menerangkan bahwa,  
Hereby certify thatNama  
Name

SUHERI MAHFUD ,TN

L/P  
M/F

Laki-laki (Male)

Tanggal lahir  
Date of Birth

23.12.1975

Umur  
Age

47 Tahun 10 Bulan 3 Hari

Pekerjaan  
OccupationAlamat  
Address

DUSUN KRAJAN MALANG SUMBERPUCUNG 65165

Telah berobat di Mitra Keluarga pada tanggal (has been examined carefully on) : 26.10.2023

Karena keadaan sakitnya yang bersangkutan diharapkan (because of his/her illness, he/she requires) :

- Di rawat (hospitalization)       Istirahat (absence of duty)       Cuti melahirkan (maternity leave)  
 Bekerja ringan (restricted from heavy work)       Tidak mengikuti olahraga (absence of physical exercise)

Selama  
For periode of09 hari      terhitung tanggal      25.10.2023      s/d      02.11.2023  
Starting from      UntillCatatan  
NotePost Herniotomy dgn Mesh ec Hernia inguinalis Medial Sinistra  
reponibilisDemikian untuk menjadi perhatian.  
Thereby to be noticed This letter issued in.

Kab. Bekasi

26.10.2023

09:26:28

dr. Erick Satria Corputty Sp.B.

503/128/DPMPSTP/SP/2022

Form ini sudah dilakukan otorisasi dalam sistem, sehingga tidak memerlukan tanda tangan dokter  
This medical certificate is electronically generated. No Signature required