



PEMERINTAH KABUPATEN BANYUMAS
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AJIBARANG

Jl. Raya Pancasan - Ajibarang, Telp. (0281) 6570004 Fax (0281) 6570005

Kode Pos 53163

KETERANGAN DOKTER

NOMOR : / /

Yang bertanda tangan di bawah ini, Dokter Rumah Sakit Umum Daerah Ajibarang, menerangkan dengan mengingat sumpah pada waktu menerima jabatan bahwa :

Nama :
Umur/Tgl. Lahir :
Pendidikan :
Pekerjaan :
Alamat :

Telah diperiksa dengan teliti dan menyatakan sehat untuk keperluan

.....
.....

Keterangan :
Tensi : mmHg
Berat Badan : Kg
Tinggi Badan : Cm
Cacat Badan :

Buta Warna : Ya / Tidak

Ajibarang,
Dokter yang memeriksa

(_____)
NIP.



PEMERINTAH KABUPATEN BANYUMAS
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AJIBARANG
Jl. Raya Pancasan - Ajibarang, Kab. Banyumas, Telp. (0281) 6570004,
Fax. 6570005

SURAT KETERANGAN

Nomor : / /

Dokter Pemeriksa Rumah Sakit Umum daerah Ajibarang menerangkan bahwa:

1. Nama :
2. Tanggal Lahir/Umur :
3. Pendidikan :
4. Alamat :
-
-

Berdasarkan hasil pemeriksaan kesehatan secara menyeluruh, nama tersebut di atas pada saat ini dinyatakan : sehat jasmani dan rohani serta tidak mengkonsumsi narkotika, psikotropika, precursor, dan zat adiktif (Lab: Cocaine, Morphine, Amphetamine, Methamphetamine, Marijuana, Benzodiazepine) **NEGATIF**

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Ajibarang,

Dokter Pemeriksa
Rumah Sakit Umum Daerah
Ajibarang

(.....)
NIP.



PEMERINTAH KABUPATEN BANYUMAS
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AJIBARANG

Jl. Raya Pancasan - Ajibarang Kode Pos 53163
Telp. (0281) 6570004 Fax. (0281) 6570005

SURAT KETERANGAN

Nomor :

bertandatangan dibawah ini :

Nama :
NIP :
Jabatan :

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama :
Tanggal Lahir / Umur :
Pendidikan :
Alamat :
.....

Berdasarkan hasil pemeriksaan tes buta warna, nama tersebut di atas
disebutkan : **TIDAK BUTA WARNA / BUTA WARNA**

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Ajibarang,

Catatan :

Dokter Pemeriksa
Rumah Sakit Umum Daerah Ajibarang

(_____)
NIP.