



**SURAT KETERANGAN KESEHATAN**

Nomor : .../... /KP.UMMAT/ ... /2023

Yang bertanda tangan dibawah ini menerangkan bahwa :

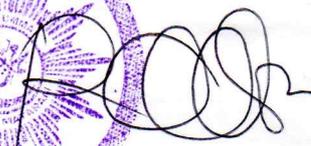
**N a m a** : ..... Muhammad Fadli .....  
**U m u r** : ..... 19..... th (L/P) .....  
**A l a m a t** : ..... BAJUR .....  
**Prodi** : ..... D3 FARMASI' .....

Telah dilakukan pemeriksaan kesehatan pada tanggal,  
..... 23 / 10 / 23 ....., maka yang bersangkutan dinyatakan :

**LULUS / ~~SIKAP LULUS~~**

Demikian, terima kasih.

Mataram, ..... 23 / 10 / ..... 2023  
Dokter Klinik UMMAT

(dr. Baia Ria Raissa Fala)