



PEMERINTAH KOTA BIMA
DINAS KESEHATAN KOTA BIMA
PUSKESMAS MPUNDA



Jln. Gatot Subroto No.15 Kel. Lewirato Kec. Mpunda Kode Pos 84113

Email : puskesmasmpunda@yahoo.com

SURAT KETERANGAN BUTA WARNA

Yang bertandatangan di bawah ini, Menerangkan bahwa:

Nama : MUHAMMAD UBAIDILLAH
Tempat/Tanggal Lahir : Kota Bima , 04 - 01 - 2006
Alamat : Jln. Adipura
RT / RW : 002 / 001
Desa/Kelurahan : Pontu
Kecamatan : Raba

Menurut hasil pemeriksaan kami saat ini:

1. Daya penglihatan (Visus) tanpa kacamata : VOD.....VOS
2. Daya penglihatan (Visus) dengan kacamata : VOD.....VOS
3. Test Buta Warna (ISHIHARA'S TEST) : ~~Buta Warna~~ / Tidak Buta Warna*

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.



* Coret yang tidak perlu



PEMERINTAH KOTA BIMA
DINAS KESEHATAN KOTA BIMA
PUSKESMAS MPUNDA



Jln. Gatot Subroto No.15 Kel. Lewirato Kec. Mpunda Kode Pos 84113

SURAT KETERANGAN BUTA WARNA

Nomor : 400.7.22.1/ 1460 / PKM.01/ VII / 2024

Yang bertandatangan di bawah ini, Dokter Puskesmas Mpunda dengan mengingat sumpah jabatan menerangkan bahwa :

Nama : **MUHAMMAD UBAIDILLAH**

Tempat/ Tanggal Lahir : Kota Bima, 04-01-2006

Pekerjaan : Pelajar

Agama : Islam

Alamat : Jl. Adipura

RT / RW : 002/001

Kel / Desa : Rontu

Kecamatan : Raba

Kota / Kab : Kota Bima

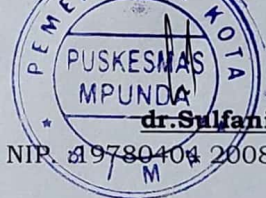
Setelah dilakukan Pemeriksaan/ Test Buta Warna (ISHIHARA'S TEST) bahwa atas nama di atas benar-benar **Tidak Buta Warna** untuk keperluan :

MELANJUTKAN PENDIDIKAN

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kota Bima, 12 Agustus 2024

Dokter Puskesmas Mpunda,



NIP. 19780404 200803 2 001