

SURAT KETERANGAN SEHAT DOKTER

Nama : _____

Kewarganegaraan : _____

Tempat/Tanggal Lahir: _____

Alamat : _____

Kota _____

Negara _____ Kode Pos _____

No. Telepon/ Mobile : _____

No. Fax : _____

E-mail : _____

dinyatakan sehat secara fisik dan mental dan juga bebas dari penggunaan obat-obatan terlarang.
Ybs dapat mengikuti pendaftaran mahasiswa baru di Universitas Telkom.

Pernyataan ini dibuat di, tanggal

Nama Dokter : _____

Tempat Bertugas : _____

Tanda Tangan : _____

(Stempel Dokter/Rumah Sakit)

CERTIFICATE OF HEALTH

Name : _____
Nationality : _____
Place/ Date of Birth : _____
Mailing Address : _____
_____ City _____
Country _____ Zip Code _____
Phone No./ Mobile : _____
Fax No. : _____
E-mail : _____

is declared to be physically and mentally fit as well as free from drug use and allowed to apply for new student admission at the Universitas Telkom.

This statement is signed at (your country), on (date).

Doctor's Name : _____
Clinic's or Hospital's Name : _____
Signature : _____
(Stamp of Clinic or Hospital)