



DINAS KESEHATAN KABUPATEN LEBAK
UPTD LABORATORIUM KESEHATAN DAERAH

Jl. Akhmad Yani Km 2 Kadu Agung timur Cibadak Kab. Lebak
Telp. 0852-8384-6406



SURAT KETERANGAN
Nomor : 16068/KLINIS/LAB/7/2025

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : **Dr. Siti Mandu Chairani**
NIP : **197108182015012008**
Jabatan : **Dokter Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak**

Menerangkan bahwa telah dilakukan pemeriksaan zat narkotika pada :

Hari/tanggal : **Rabu, 16/07/2025**
Nama : **Sahara Aida Alawiyah**
TTL : **Lebak, 27/04/1997**
Alamat : **Kp. Pasir Bedil, Kel.Cempaka, Kec.Warunggunung, Kab. Lebak,
Prov.Banten**

Dipergunakan Untuk **PPG Guru Tertentu Tahap 2 Tahun 2025**

Pada saat ini tidak terdapat gejala ketergantungan zat narkotika, dengan hasil pemeriksaan sebagai berikut :

Amphetamine (AMP) : **Negatif**
Marijuana (THC) : **Negatif**
Methamphetamine (MET) : **Negatif**

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.



Dokter Penanggung Jawab



**UPTD LABKESDA
KABUPATEN LEBAK**

Ditandatangani secara elektronik oleh :
Dr. Siti Mandu Chairani
NIP. 197108182015012008