



**PEMERINTAH KABUPATEN MANOKWARI
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RUMAH SAKIT UMUM MANOKWARI**

*Jln. Bhayangkara No. 01 Manokwari - Papua Barat Telp. (0986) 211440
e-mail: rsu.manokwari@gmail.com*

SURAT KETERANGAN KESEHATAN

Nomor : 812 / 197 / 2025

Yang bertanda tangan di bawah ini Dokter Pemerintah Pada Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Kabupaten Manokwari menerangkan bahwa :

N a m a : **ARPINUS MANYOU**
Tempat Tanggal Lahir : **Dugrimok, 04 Juni 1995**
Jenis Kelamin : **Laki – Laki**
Pekerjaan : **Guru**
Alamat : **Kampung Dugrimok**

Setelah diperiksa dengan teliti, ***Yang Bersangkutan Dinyatakan Mental Dan Fisiknya Dalam Keadaan Baik Dan Sehat.*** Surat Keterangan Ini Dipergunakan Untuk : ***Melengkapi Persyaratan Mengikuti PPG***

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Catatan :

Tinggi Badan : 170 Cm
Berat Badan : 90 Kg
Visus : N
Pendengaran : N
Golongan Darah : (O)
Masa Berlaku : (3) Tiga Bulan

Manokwari, 30 Oktober 2025
Dokter Pemeriksa

dr. Firman
Nip. 19630417 199803 1 005