

Lampiran 9 :

PERNYATAAN SEHAT FISIK DAN MENTAL



DAFTAR ISIAN UNTUK SURAT KETERANGAN SEHAT BAGI DOKTER/DOKTER GIGI

A. IDENTITAS:

NO. :	
1 NAMA LENGKAP DENGAN GELAR:	Dr. Triyono, M. Keb (PD), Sp. PD, FINASIM
2 JENIS KELAMIN:	1 Laki-laki 2 Perempuan
3 TEMPAT/TANGGAL LAHIR:	Jakarta, 02 Oktober 1982
4 ALAMAT	Jl. Cibodas Raya No. 42
5 KECAMATAN	KARAWACI KABUPATEN/KOTA TANGERANG KODEPOS 15116
6 PROPINSI:	BANTEN
7 NOMOR TELEPON/HP:	08116121082
8 ALAMAT E-MAIL:	treyninterit@yahoo.com
9. NO. ANGGOTA IDI/PDGI:	86881
10. TANGGAL PENGISIAN	20 02 2023 HARI BULAN TAHUN

Mohon setiap pertanyaan di bawah ini diberi jawaban sesuai dengan keadaan sebenarnya. Setelah selesai diisi, periksa kembali agar tidak ada yang dikosongkan.

B. KETERANGAN TEMPAT DAN JENIS PRAKTEK: (BISA MELINGKARI JAWABAN LEBIH DARI SATU)

Nº	PERTANYAAN	JAWABAN
B.1	Jenis Praktik yang dilakukan	1. Dokter Umum (Dokter/Dokter Gigi) 2. Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis, sebutkan IPD 3. Dokter Spesialis Konsultan, sebutkan
B.2	Jenis Tempat Praktik?	1. PERORANGAN (dirumah/di luar rumah) 2. KLINIK/RUMAH SAKIT 3. PERUSAHAAN 4. LAPANGAN (Offshore, Daerah sulit dll), Jelaskan
B.3	Apakah ada shift/jaga malam/rotasi	1. Ya 2. Kadang-kadang/Tidak teratur 3. Tidak Jelaskan pola shift yang dijalankan (jika ada)