

SURAT KETERANGAN HASIL PEMERIKSAAN MATA

Yang bertanda tangan di bawah ini menerangkan bahwa :

Nama : _____

Pekerjaan : _____ Usia : _____

Alamat : _____

No. Seleksi : _____

No. Kartu Identitas : _____

Telah dilakukan pemeriksaan mata dengan hasil sebagai berikut :

1. Penglihatan Warna (centang pada yang sesuai)

Normal / Tidak Buta Warna

Buta Warna / Buta Warna Parsial

2. Catatan : _____



....., 20.....

*tanda tangan Dokter Spesialis Mata
dan cap Klinik/Rumah Sakit*

(.....)

.....

Keterangan : Cap Klinik/Rumah Sakit harus mengenai Foto dan Tanda Tangan Dokter