

## 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 : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Pas Foto Peserta Terbaru  
4 x 6 dan  
Cap Klinik/Rumah Sakit*

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

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

(.....)

.....

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