

Form 1.

KETERANGAN KESEHATAN *)

1. Nama :
2. Tempat dan Tanggal Lahir :
3. Alamat :
4. Tinggi Badan :cm
Berat Badan : Kg
5. Tekanan Darah : (Normal/Tinggi/Rendah)***
6. Pernah dan atau sedang menderita penyakit **)
() Malaria - Pernah/sedang***)
() ASMA - Pernah/sedang
() Paru-paru - Pernah/sedang
() Jantung - Pernah/sedang
() Liver - Pernah/sedang
() Pencernaan - Pernah/sedang
() Reumatik - Pernah/sedang
() Ginjal - Pernah/sedang
() - Pernah/sedang
() - Pernah/sedang
7. Keadaan kesehatan dan fisik : baik/kurang ***)
8. Dinyatakan : dapat/tidak ***) mengikuti pendidikan di Pendidikan Tinggi Vokasi
Lingkup Kementerian Pertanian.

.....
Dokter Pemeriksa,
.....

Keterangan :

- *) Diisi oleh dokter dari Pemerintah dan harus disertai stempel Rumah Sakit yang bersangkutan.
- **) Berikan tanda x dalam () apabila yang bersangkutan tidak pernah menderita dan tanda V dalam () apabila yang bersangkutan pernah/sedang menderita.
- ***) Coret yang tidak perlu.