

## SURAT KETERANGAN HASIL PEMERIKSAAN MATA DARI KLINIK/RUMAH SAKIT

Telah melakukan pemeriksaan mata pada:

Nama : \_\_\_\_\_  
Usia : \_\_\_\_\_  
Jenis Kelamin : \_\_\_\_\_

dengan hasil sebagai berikut :

1. Penglihatan Warna (centang pada  yang sesuai)

Tidak Buta Warna

Buta Warna

Buta Warna Parsial

2. Catatan : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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

(.....)  
.....

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