

**SIJIL CUTI SAKIT**

Dengan ini saya mengesahkan bahawa saya telah  
memeriksa Encik/Cik/Puan MOHD HAFIZUDDIN M  
BIN MUSTAPHA (990825135387) (6B01322645)

dari Kementerian/Jabatan..... YANG BERKENAAN

dan mendapati yang beliau:

- (a) Tidak sihat untuk menjalankan tugasnya dengan sempurna selama ..... hari daripada..... 7/5/24 ..... hingga..... 8/5/24
- (b) Boleh bertugas semula pada.....
- (c) Beliau dikehendaki datang semula untuk pemeriksaan pada.....

[Potong (b) atau (c) mengikut mana yang tidak berkenaan]

7/5/24

Tarikh



Klinik Hospital  
(Cop Rasmi)

DR LOW KANG NING  
No MMC: 10177/  
Pegawai Perubatan L.D.41  
Hospital Raja Perempuan Bagong Inoh

(Tandatangan)  
Pegawai Perubatan

Nama  
(Huruf Besar)