

**SURAT PENGAKUAN SAKIT**  
**MEDICAL CERTIFICATE**

46594

**KLINIK MEDIVIRON**

A-G-5, Pusat Komersial Jalan Kuching,  
Jalan Kepayang Off Jalan Kuching,  
51200 Kuala Lumpur, Malaysia.  
Tel: 03-6242 0223 / 012-4010 230

Tarikh ..... 12.3.24  
Date .....

Nurzhafir Bin Norzakiman

Saya telah memeriksa Tuan/Puan/Cik  
*I have examined Mr / Mrs / Miss*  
dan pada pendapat saya Tuan/Puan/Cik ini tidak sihat untuk berkerja / bersekolah selama  
*and in my opinion he / she / is not well enough to work / attend school for a period of*

1) satu

12.3.24

12.3.24

..... hari mulai pada ..... hingga .....  
*days beginning from to*

Jenis Penyakit .....  
*Diagnosis (upon request of patient only)*

Ase

Dr. Amilee Paul, MBBS (CUCMS)  
Klinik, Mediviron  
Pusat Komersial Jalan Kuching  
MMC: 60397

TIDAK SAH UNTUK KEHADIRAN MAHKAMAH  
NOT VALID FOR COURT CASES

KLINIK MEDIVIRON