

SIJIL CUTI SAKIT

Dengan ini saya mengesahkan bahawa saya telah memeriksa Encik/Cik/Puan MUKAM MAB FARHAN BIN AZALI (9791843537) **Yang Berkenaan** dari Kementerian/Jabatan.....

dan mendapati yang beliau:

- (a) Tidak sihat untuk menjalankan tugasnya dengan sempurna selama 20.12 hari daripada 14/12 hingga 19/12
(b) Boleh bertugas semula pada
(c) Beliau dikehendaki datang semula untuk pemeriksaan pada

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

14/12
Tarikh
KLINIK KESIHATAN SUNGAI CHUA
Jalan Cempai 3
Kuala Permatang, Selangor
43900 Kajang
Tel: 03-8733 8775 Faks: 03-8733 8772
(Cop Rasmi)

[Signature]

(Tandatangan)
Pegawai Perubatan
DR SAFIAH IBRAHIM
MMC 69375
PEGAWAI PERUBATAN JD48
KLINIK KESIHATAN SUNGAI CHUA
Nama
(Huruf Besar)