

(Perubatan 9—Pin. 15/93)

AP 332773

SIJIL CUTI SAKIT

Dengan ini saya mengesahkan bahawa saya telah
memeriksa ~~Encik/Cik/Puan~~ **SHALINE A/P**
MUNIANDY (981127435206)
dari Kementerian/Jabatan **yang berkenaan**


dan mendapati yang beliau:

- (a) Tidak sihat untuk menjalankan tugasnya
dengan sempurna selama **1 (SATU)** hari
daripada **11-02-2022** hingga **-**
- (b) Boleh bertugas semula pada.....
- (c) Beliau dikehendaki datang semula untuk
pemeriksaan pada

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

10-02-2022




(Tandatangan)
Pegawai Perubatan

DR. CHOONG MEI PING
MMC NO: 80606
PEGAWAI PERUBATAN UD41
HOSPITAL RAUB, PAHANG
(Huruf Besar)