

SIJIL CUTI SAKIT

Dengan ini saya mengesahkan bahawa saya telah memeriksa Encik/Cik/Puan..... MUHAMMAD IZZAN ..... BIN MOHD MOH (96030463317)

dari Kementerian/Jabatan..... YANG BERKENAAN .....

dan mendapati yang beliau:

- (a) Tidak sihat untuk menjalankan tugasnya dengan sempurna selama..... 6 (LAPAN) hari daripada 11/08/2023 hingga ..... (b) Boleh bertugas semula pada..... (c) Beliau dikehendaki datang semula untuk pemeriksaan pada .....

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

11/08/2023

Tarikh

DR NORULHIDAYU BT MD ISHAK KLINIK KESIHATAN SEKSYEN 7 PEGAWAI PERUBATAN MMC NO : 70443

(Tandatangan) Pegawai Perubatan

KLINIK KESIHATAN SEKSYEN 7 No 2 Persiaran Kayangan Seksyen 7 40000 Shah Alam, Selangor DE Klinik/Hospital 55186531 (Cop Rasmi) 55186532

Nama (Huruf Besar)