

POLIKLINIK IMAN

NO.14, MASGENUINE SQUARE,
JALAN MELATI-BUKIT RAHMAN PUTRA,
KUANG, 48050 RAWANG, SELANGOR.
TEL : 03-6039 9867
EMAIL: poliklinikiman@gmail.com

No. 09993

SIJIL CUTI SAKIT

Dengan ini saya mengesahkan yang saya telah memeriksa Encik/Cik/Tuan/Puan. **MUHAMMAD H.SAN. BIN. MA...**
..... dan mendapati yang beliau tidak sihat untuk menjalankan tugasnya

BERKENAAN

..... hari daripada **10.12.2010** hingga **10.02.2010**.....

(1) S.A.T.V

Tarikh:.....
(Pesakit layak menghadiri sidang mahkamah)

POLIKLINIK IMAN
No 14, Masgenuine Square,
Jalan Melati-Bukit Rahman, Pu
Tandatangan Doktor & Opsklinik
Tel: 0360381867