

SIJIL CUTI SAKIT

Dengan ini saya mengesahkan bahawa saya telah memeriksa Encik/Cik/Puan M. S. H. D. MURFITR2 B. W. BASIRON 851225-43-5327 dari Kementerian/Jabatan YANG KEPUKEN AAN

dan mendapati yang beliau:

- (a) Tidak sihat untuk menjalankan tugasnya dengan sempurna selama dua (2) hari daripada 17/8/22 hingga 18/8/22
- (b) Boleh bertugas semula pada 18/8/22
- (c) Beliau dikehendaki datang semula untuk pemeriksaan pada

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

17/8/22



(Handwritten signature)

(Tandatangan)

Pegawai Perubatan
DR. SITI AISHAH BINTI SYD ALJ
PEG. PERUBATAN UD 48
..... MNC: 65359

Nama

(Huruf Besar)