

**SURAT PENGAKUAN SAKIT**  
**SICK CERTIFICATE**

237994

**KLINIK MEDIVIRON**

No. 45, Jalan USJ 10/1,  
UEP Subang Jaya,  
47620 Petaling Jaya.  
Tel/Fax: 03-5632 6491

Saya telah memeriksa Tuan/ Puan/ Cik ..... HASEEMAN JABREE .....  
*I have examined Mr / Mrs / Miss*

dan pada pendapat saya Tuan / Puan / Cik ini tidak sihat untuk .....  
*and in my opinion he / she/ is not well enough to*

berkerja / bersekolah selama ..... ONE (01) ..... hari mulai pada ..... 24-01-2019 ..... hingga .....  
*work / attend school for a period of days beginning from to*

jenis Penyakit ..... VERTIGO .....  
*Diagnosis (upon request of patient only)*

**TIDAK SAH UNTUK KEHADIRAN MAHKAMAH**  
*Not valid for Court Cases*

DR. CHIN WEI HORNG  
M.D (CSMU) MMC: 50809,  
OCCUPATIONAL HEALTH DOCTOR (NIOSH),  
JKKP: HQ/17/DOC/00/00030

**Klinik Mediviron**

45, Jalan USJ 10/1  
UEP Subang Jaya  
47620 Petaling Jaya  
Tel/Fax: 03-56326491

Tarikh ..... 24-01-2019 .....  
*Date*

**KLINIK MEDIVIRON**

**SURAT PENGAKUAN SAKIT**  
**SICK CERTIFICATE**

237994

**KLINIK MEDIVIRON**

No. 45, Jalan USJ 10/1,  
UEP Subang Jaya,  
47620 Petaling Jaya.  
Tel/Fax: 03-5632 6491

Saya telah memeriksa Tuan/ Puan/ Cik ..... HASEEMAN JABREE  
*I have examined Mr / Mrs / Miss*

dan pada pendapat saya Tuan / Puan / Cik ini tidak sihat untuk  
*and in my opinion he / she/ is not well enough to*

berkerja / bersekolah selama ..... ONE (01) ..... hari mulai pada ..... 24-01-2019 ..... hingga .....  
*work / attend school for a period of days beginning from to*

jenis Penyakit ..... Δ VERTIGO .....  
*Diagnosis ( upon request of patient only )*

**TIDAK SAH UNTUK KEHADIRAN MAHKAMAH**  
*Not valid for Court Cases*

DR. CHIN WEI HORNG  
M.D (CSMU) MMC: 50809/  
OCCUPATIONAL HEALTH DOCTOR (NIOSH),  
JKKP: HQ/17/DOC/00/00030

**Klinik Mediviron**  
45, Jalan USJ 10/1  
UEP Subang Jaya  
47620 Petaling Jaya  
Tel/Fax: 03-56326491

Tarikh ..... 24-01-2019 .....  
*Date*

**KLINIK MEDIVIRON**