

No: 494164



POLIKLINIK DINAR

No. 53, Jalan Dinar, GU 3/G, Taman Subang Perdana,
40150 Shah Alam, Selangor. Tel: 03-7845 6575

24 HOURS

No. 1-G, Jalan Musytari 1 AP U5/AP,
Subang Pelangi, Seksyen U5 40150 Shah Alam, Selangor.
Tel: 03-7831 2215

No. 1-1 & 1-2, Jalan PJS 2/16A, Taman Maju Jaya,
46000 Petaling Jaya, Selangor. Tel: +603-7772 4539

No. 2-G, Jalan Bidara 6/3, Taman Saujana Utama, 47000
Sungai Buloh, Selangor Tel: 03-6128 4575

SIJIL CUTI SAKIT (MEDICAL CERTIFICATE)

Setelah diperiksa, disahkan bahawa:-

Nama : Muhammad Farhan Bin Ahmad

No. K/P : 950309015307

Dari : _____

datang untuk rawatan pada 9/2/2020

dan didapati

a) Tidak sihat untuk bertugas dari 10/2/2020 hingga 11/2/2020 (2 hari) ^(dua)

b) Dikecualikan dari tugas-tugas berat dari _____ hingga _____ (_____ hari)

c) Membawa _____ untuk rawatan

d) Dikehendaki datang untuk rawatan susulan
pada _____

e) Diagnosis: _____

POLIKLINIK DINAR
NO. 53, JALAN DINAR GU 3/G

(Perubatan 9—Pin. 15/93)

AM 590457

SIJIL CUTI SAKIT

Dengan ini saya mengesahkan bahawa saya telah
memeriksa Encik/Cik/Puan Mohamed farhan

anda

dari Kementerian/Jabatan IC: 450304-01-5707

dan mendapati yang beliau:

(a) Tidak sihat untuk menjalankan tugasnya
dengan sempurna selama dua hari
daripada 12/2/2020 hingga 13/2/2020

(b) Boleh bertugas semula pada.....

(c) Beliau dikehendaki datang semula untuk
pemeriksaan pada

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

12/2/2020

Tarikh

DR AHMAD SYAFIQ BIN MOHD HAZIK
(Tandatangan)
Pegawai Perubatan
Klinik Kesihatan Kota Damansara

Klinik/Hospital
(Cop Rasmi)

Nama
(Huruf Besar)