

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

288838

**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 AHMAD ZAYD NAWFAL BIN MUHD KHIR  
*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 (1) hari mulai pada 10/8/2023 hingga  
*work / attend school for a period of* ONE (1) *days beginning from* 10/8/2023 *to*

jenis Penyakit 1 HEADACHE / VOMITING  
*Diagnosis ( upon request of patient only )*

**TIDAK SAH UNTUK KEHADIRAN MAHKAMAH**  
*Not valid for Court Cases*  
DR. SUBHATRA PANIERSELVEM  
PEGAWAI PERUBATAN  
MMC 57106  
KLINIK MEDIVIRON  
UEP SUBANG JAYA

Tarikh 10/8/2023  
*Date*

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

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

288793

**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 AHMAD ZAYD NAWFAL BIN MOHD KHIR  
*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 ONECOID hari mulai pada 09/08/2023 hingga  
*work / attend school for a period of days beginning from to*

jenis Penyakit FEVER / GASTROENTERITIS  
*Diagnosis ( upon request of patient only )*

**TIDAK SAH UNTUK KEHADIRAN MAHKAMAH** DR. SUBHATRA PANIERSELVEM  
*Not valid for Court Cases* PEGAWAI PERUBATAN

Tarikh 09/08/2023  
Date

MMC 57106  
KLINIK MEDIVIRON  
UEP SUBANG JAYA

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

**KLINIK MEDIVIRON**