

(Perubatan 9—Pin. 15/93)

CIP Q 659271

SIJIL CUTI SAKIT

Dengan ini saya mengesahkan bahawa saya telah
memeriksa Encik/Cik/Puan.....FATIN NABILA

.....BT BANARIN (141125106677)

dari Kementerian/Jabatan.....PADA SESIAPA YANG BERKENAAN

dan mendapati yang beliau:

- (a) Tidak sihat untuk menjalankan tugasnya dengan sempurna selama.....1 (SATU).....hari daripada.....7/3/18.....hingga.....—
- (b) Boleh bertugas semula pada.....
- (c) Beliau dikehendaki datang semula untuk pemeriksaan pada.....

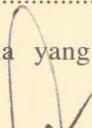
[Potong (b) atau (c) mengikut mana yang tidak berkenaan]

.....7/3/18

Tarikh

Pegawai Perubatan
Jabatan Ortopedik
Hospital Tengku Ampuan Rahimah
Klang

Klinik/Hospital
(Cop Rasmi)

.....

(Tandatangan)
Pegawai Perubatan

DR. NGIAM @ ANSON
REG. NO: 5807
UD 48
ORTHOPAEDICS HTAR

.....
Nama
(Huruf Besar)