

SIJIL CUTI SAKIT

Dengan ini saya mengesahkan bahawa saya telah memeriksa Encik/Cik/Puan.....*Syafiq Suhaimi*.....

.....*1.1.2.9.5.1026.21.708.3*.....

dari Kementerian/Jabatan.....

YANG BERKENAAN

dan mendapati yang beliau:

(a) Tidak sihat untuk menjalankan tugasnya dengan sempurna selama.....*SATU(1)*.....hari daripada *18/8/2020* hingga.....

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

(c) Beliau dikehendaki datang semula untuk pemeriksaan pada.....

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

18/8/2020

Tarikh

(Tandatangan)

Pegawai Perubatan

KLINIK KESIHATAN SEKSYEN 7

No. Pendaftaran *Kayangan Seksyen 7*
Klinik Hospital Alam, Selangor DE
(Cop Rasmi) Tel: 03-5518 6531
Fax: 03-5518 6532

DR. HAZWAN ZHARIF BIN HOSEN
PEG. PERUBATAN
MMC: 63891

Nama

(Huruf Besar)