

SIJIL CUTI SAKIT

Dengan ini saya mengesahkan bahawa saya telah memeriksa Encik/Cik/Puan Fatin Zahidah Binti Awang Adi [970514136974] dari Kementerian/Jabatan yang Berkendaraan dan mendapati yang beliau:

- (a) Tidak sihat untuk menjalankan tugasnya dengan sempurna selama Dua (2) hari daripada 24/5/23 hingga 25/5/23
(b) Boleh bertugas semula pada.....
(c) Beliau dikehendaki datang semula untuk pemeriksaan pada.....

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

23/5/23

Tarikh

[Signature]

(Tandatangan)

Pegawai Perubatan

DR. NURFAZILA HANIM KASIM

PEGAWAI PERUBATAN

MMC: 93399

HOSPITAL SUNGAI BULOH

Klinik/Hospital (Cop Rasmi)

Nama (Huruf Besar)