

SIJIL CUTI SAKIT

Dengan ini saya mengesahkan bahawa saya telah memeriksa Encik/Cik/Puan... N.I.K... AMIR... MUSTAQIM... BIN... NIK... SYHAIMI... (960528-03-5753) dari Kementerian/Jabatan... Yay... berkenaan...

dan mendapati yang beliau:

- (a) Tidak sihat untuk menjalankan tugasnya dengan sempurna selama... (satu)... hari daripada... 13/4/2021... hingga... (b) Boleh bertugas semula pada... (c) Beliau dikehendaki datang semula untuk pemeriksaan pada...

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

13/4/2021 Tarikh

(Tandatangan) Pegawai Perubatan DR. INTAN AMIR MOHAMED NORDIN PEGAWAI PERUBATAN UD48 MMC NO: 62995 Nama (Huruf Besar)

KLINIK KESIHATAN SETAPAK TINGKAT 2, WISMA SRI RAMPAT BLOK PASIFIK, JALAN 24/26 TAMAN SRI RAMPAT, SETAPAK TEL: 03-609-1111 FAX: 03-609-1111