

Maklumat pesakit / Patient's detail

Nama / Name : **Nurul Izzati Bt Mohd Zainuddin**
No Pengenalan Diri / ID No. : **960902017126**
Tarikh Lawatan / Visit Date : **30 Jul 2024 09:10:07**

Adalah dengan ini saya mengesahkan telah memeriksa pesakit di atas.

Individu ini dinasihatkan untuk berehat dari tugas atau pekerjaan untuk tempoh **1 hari**, bermula **30/07/2024** hingga **30/07/2024** disebabkan mengalami **MIGRAINE/HEADACHE**.

Terima kasih.

I hereby, confirmed that I have examined the patient above.

It is advised that this individual would be allowed absence from duties for 1 day(s) starting from 30/07/2024 to 30/07/2024 due to
MIGRAINE/HEADACHE.

Thank you.

Tandatangan / Signature

Nama doktor / Doctor's name : **Dr. Ismail Bin Abdul Mutalib (62638)**

DR ISMAIL BIN ABD MUTALIB
PEGAWAI PERUBATAN
MBBS (MANIPAL)
MMC 62638

KLINIK AJWA

No. 20, Jalan Kristal J7/J,
Persiaran Bestari, Seksyen 7,
40000 Shah Alam, Selangor.

Tel : 03-55106258 Fax : 03-55120514