

**SIJIL CUTI SAKIT**

Dengan ini saya mengesahkan bahawa saya telah memeriksa Encik/Cik/Puan ...MUHAMMAD SHAFIR  
 ...BIN MUHAMMAD SHAM (030106100489)  
 dari Kementerian/Jabatan ...YANZ BERKENAAN

dan mendapati yang beliau:

- (a) Tidak sihat untuk menjalankan tugasnya dengan sempurna selama .....7/6/6 (3) hari daripada .....15/6/4 hingga .....17/6/24
- (b) Boleh bertugas semula pada .....
- (c) Beliau dikehendaki datang semula untuk pemeriksaan pada .....

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

.....  
15 | 6 | 24

DR. SAFUAN SUFAAT BIN SUHAIMI  
 NO. PENDAFTARAN PENUH 97402  
 PEGAWAI PERUBATAN UD/3  
 JABATAN KECemasan DAN TRAUMA  
 HOSPITAL CYBERJAYA SELANGOR

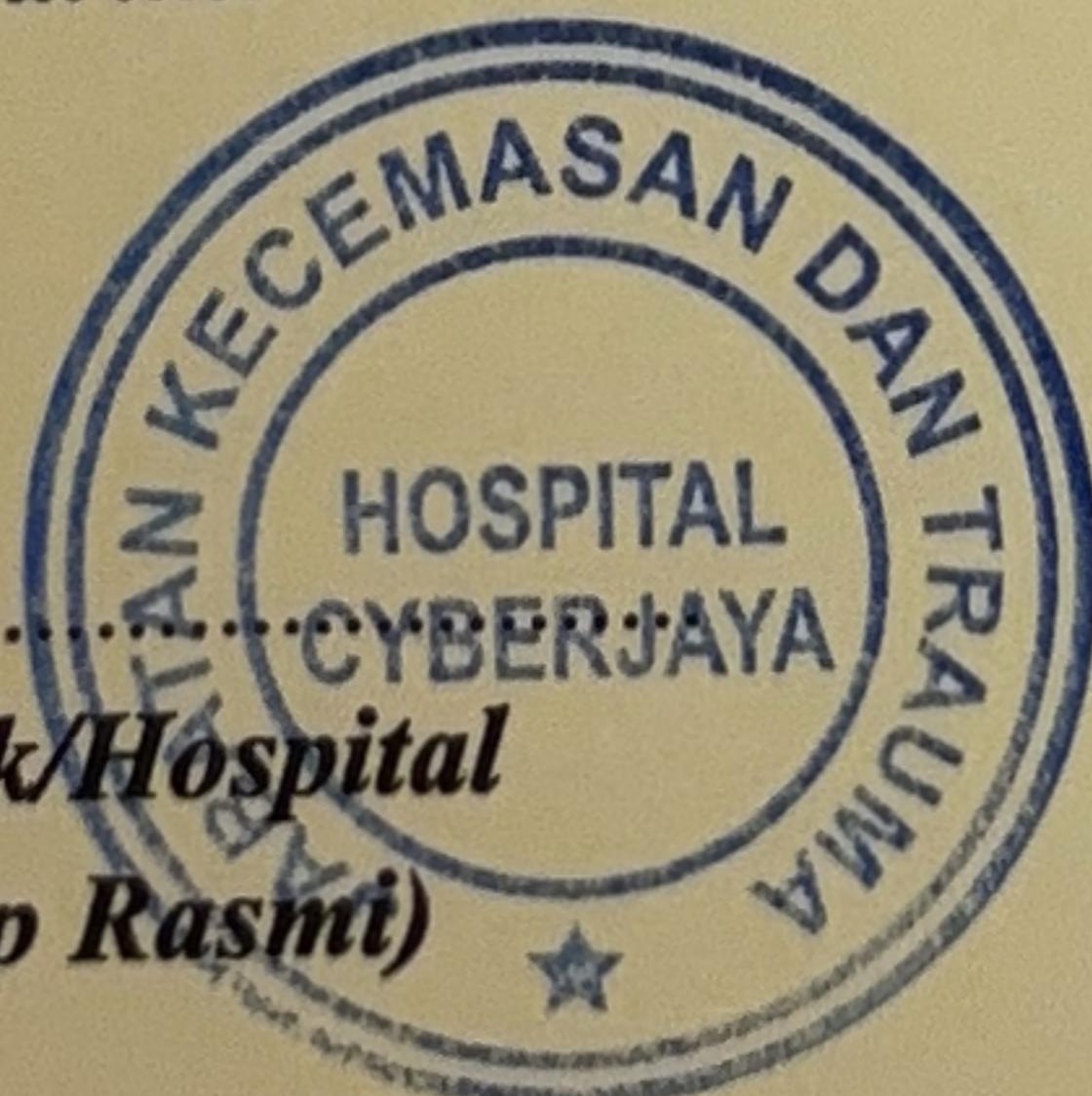
*Tarikh*

*(Tandatangan)*

*Pegawai Perubatan*

*Klinik/Hospital*

*(Cop Rasmi)*



*Nama*

*(Huruf Besar)*