

SIJIL CUTI SAKIT

Dengan ini saya mengesahkan bahawa saya telah
 memeriksa Encik/Cik/Puan NIZAM BIN NAZAR
(680630016085)
 dari Kementerian/Jabatan YANG BERKENAAN
 dan mendapati yang beliau:

- (a) Tidak sihat untuk menjalankan tugasnya dengan sempurna selama 01 SATU hari daripada 11/03/2024 hingga —
- (b) Boleh bertugas semula pada.....
- (c) Beliau dikehendaki datang semula untuk pemeriksaan pada

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

11/03/2024

Tarikh

DR DEHLICIA NAIR
 PEGAWAI PERUBATAN
 NO. MNO (P) 0175
 JABATAN ORTOPEDIK.....
 HOSPITAL KUALA LUMPUR
 (Tandatangan)

Pegawai Perubatan

Klinik Pakit Luar (Pakar) Ortopedik
 Institut Ortopedik & Traumatologi
 Hospital Kuala Lumpur

Klinik/Hospital
 (Cop Rasmi)

Nama
 (Huruf Besar)