

SIJIL CUTI SAKIT

Dengan ini saya mengesahkan bahawa saya telah memeriksa Encik/Cik/Puan..... NIK MUHAMMAD
(900105 14 5825)

dari Kementerian/Jabatan..... 1/2 bekerja

dan mendapati yang beliau:

(a) Tidak sihat untuk menjalankan tugasnya dengan sempurna selama..... 1/2 (sekn) hari daripada 29/2/2020 hingga.....

(b) Boleh bertugas semula pada.....

(c) Beliau dikehendaki datang semula untuk pemeriksaan pada.....

[Potong (b) atau (c) meng
berkenaan]

29/2/2020

Tarikh
Klinik Kesihatan Seksyen 19
Jalan Gelora 19/16
40300 Shah Alam
Tel: 03-5541 3000
Fax: 03-5541 3111

Klinik/Hospital
(Cop Rasmi)

DR. CHAI HAN YAN
PEGAWAI PERUBATAN GRED UD48
No. Pendaftaran Penuh : 49724
Klinik Kesihatan Seksyen 19 SHAH ALAM

(Tandatangan)
Pegawai Perubatan
Dr Chai Han Yan

Nama
(Huruf Besar)