

(Perubatan 9—Pin. 15/93)

CIP S 482688

SIJIL CUTI SAKIT

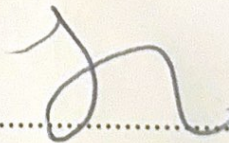
Dengan ini saya mengesahkan bahawa saya telah memeriksa Encik/Cik/Puan...M. O. HAMAD SYAFIQ.....
6-75MAIL (850302-14-6023).....
dari Kementerian/Jabatan...YANG BERHUNJAN.....
.....
dan mendapati yang beliau:

- (a) Tidak sihat untuk menjalankan tugasnya dengan sempurna selama...1 (SATU).....hari daripada...27/11/23.....hingga.....
- (b) Boleh bertugas semula pada.....
- (c) Beliau dikehendaki datang semula untuk pemeriksaan pada.....

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

27/11/23

Tarikh



(Tandatangan)

Pegawai Perubatan

DR SITI MARYANI

71290

KLINIK KESIHATAN IJOK

SIMPANG 3 IJOK

45600 BESTARI JAYA, SELANGOR

03-32791167
(Huruf Besar)

Klinik/Hospital

(Cop Rasmi)