

SIJIL CUTI SAKIT

No:20230103-000003

Dengan ini saya mengesahkan bahawa saya telah memeriksa Encik/Puan,

Nama : **NURUL FARRA HANI BINTI ZAHARULLIZAM**

Kad Pengenalan: **970203015964**

Tidak sihat untuk menjalankan tugasnya selama **SATU (1)** hari bermula **03/01/2023** sehingga **03/01/2023**

DIAGNOSIS/ PROVISIONAL DIAGNOSIS : **ACUTE GASTRITIS**

DATE : **03/01/2023**

Klinik Anda 24 Jam
No. 70 Jalan Nova N U5/N,
Taman Subang Bestari,
40150 Shah Alam, Selangor
018-669 3554

TANDATANGAN DR DAN COP KLINIK

DR WAN RAIHAN BINTI WAN SHUHAIMI

(MMC NO : 69827)