

**SURAT PENGAKUAN SAKIT**  
**SICK CERTIFICATE**

163625

**KLINIK MEDIVIRON**

11 Ground Floor SJ 1, Taman Selayang Jaya,  
Batu Caves, 68100 Selayang.  
Tel / Fax: 03-6136 4277

Saya telah memeriksa Tuan/Puan/ Cik kumaresan a/l k. Theivendran  
*I have examined Mr / Mrs / Miss*

dan pada pendapat saya Tuan / Puan / Cik ini tidak sihat untuk  
*and in my opinion he / she/ is not well enough to*

berkerja / bersekolah selama one (1) hari mulai pada 5/8/23 hingga —  
*work / attend school for a period of* days beginning from *to*

jenis Penyakit Headache  
*Diagnosis ( upon request of patient only )*

TIDAK SAH UNTUK KEHADIRAN MAHKAMAH  
*Not valid for Court Cases*

5/8/23

Tarikh .....  
*Date*

**KLINIK MEDIVIRON**

11, Ground Floor SJ 1,  
Taman Selayang Jaya,  
Batu Caves, 68100 Selayang.

Tel/Fax: 03-61364277

**KLINIK MEDIVIRON**

DR ASHWAN MURUGIAN  
Pegawai Perubatan 48  
MD (RNRMD)  
MMC 76413  
Hospital Tengku Ismail Seremban