

# KLINIK MEDIVIRON PUNCAK ALAM

NO 62A, JALAN PPAJ 1/1, PUSAT PERBANDARAN ALAM JAYA,  
BANDAR PUNCAK ALAM, 42300 SHAH ALAM, SELANGOR.  
TEL/FAX: 03-6039 1493

SIJIL SAKIT / MEDICAL CERTIFICATE

No. 29486

Ini adalah untuk mengesahkan bahawa saya telah memeriksa En./Puan/Cik MISROZAH BINTI  
*This is to certify that I have examined Mr/Mrs/Miss* NAPIAH

No. K/P ..... 870131-08-5630 ..... dari .....  
*I/C No* ..... 870131-08-5630 ..... *from* .....

dan didapati beliau tidak layak untuk bekerja selama 1 (SATU) hari; dari 8/8 hingga 8/8  
*and have found him/her to be unfit for day for* ..... *days; from* ..... *to* .....

dan beliau telah menghadiri klinik ini pada ..... dari jam ..... hingga .....  
*and he/she attended our clinic on* ..... *from* ..... *to* .....

dan syorkan beliau diberi kerja ringan selama ..... hari; dari ..... hingga .....  
*and recommended that he/she be given light duty for* ..... *days, from* ..... *to* .....

Diagnosis ..... AGE .....

Tarikh: 8/8/2023 .....

KLINIK MEDIVIRON PUNCAK ALAM  
NO. 62A, JALAN PPAJ 1/1,  
PUSAT PERBANDARAN ALAM JAYA  
BANDAR PUNCAK ALAM,  
42300 SELANGOR.  
TEL/FAX: 03-6039 1493

Tidak Sah dimahkamah  
Not Valid in Court