

## SIJIL CUTI SAKIT

Dengan ini saya mengesahkan bahawa saya telah memeriksa Encik/~~Cik/Puan~~ **MOHAMED HIZWAN** .

..... **B. MOHAMEDY (840624-03-5351)** .....

..... **NOK BR** .....  
dari Kementerian/Jabatan..... **YANG BERKUASA** .....

.....  
dan mendapati yang beliau:

(a) Tidak sihat untuk menjalankan tugasnya dengan sempurna selama..... **DUA (02)** .....hari

daripada **15/02/22** .....hingga **16/02/22** .....

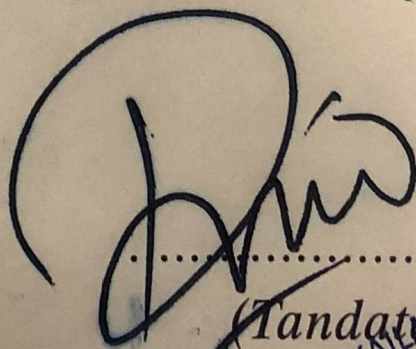
(b) Boleh bertugas semula pada..... **17/02/22** .....

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

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

**15/02/22** .....

Tarikh



.....  
(Tandatangan)  
Pegawai Perubatan

**KLINIK KESIHATAN  
GOMBAK SETIA**

.....  
LORONG PENGHILIRAN, GOMBAK SETIA  
53100 GOMBAK, SELANGOR  
TEL: 03-61770305

Klinik/Hospital  
(Cop Rasmi)

.....  
DR DHARISHINI DEVI  
MMC No: 71243  
Pegawai Perubatan UD48  
M.B.B.S (IMU)  
Klinik Kesihatan Gombak Setia

Nama  
(Huruf Besar)