

SIJIL CUTI SAKIT

Dengan ini saya mengesahkan bahawa saya telah  
memeriksa E/cik/Cik/Puan NORAFIZATI AM  
ms MANAF IC 78072710  
6173  
dari Kementerian/Jabatan YANG BERKENAAN

dan mendapati yang beliau:

- (a) Tidak sihat untuk menjalankan tugasnya  
dengan sempurna selama 02 (DUA) hari  
daripada 27/1/22 hingga 28/1/22
- (b) Boleh bertugas semula pada .....
- (c) Beliau dikehendaki datang semula untuk  
pemeriksaan pada .....

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

27/1/22

Tarikh  
**KLINIK KESIHATAN**  
**RINCHUNG TENGAH**

**TEL: 03-87234201**

Klinik/Hospital  
(Cop Rasmi)

Dr. Dura Tulain Shabinin  
Pegawai Perubatan  
MMC No. 78116

(Tandatangan)  
Pegawai Perubatan

Nama  
(Huruf Besar)