

(Perubatan 9—Pin. 15/93)

CIP P 764571

SIJIL CUTI SAKIT

Dengan ini saya mengesahkan bahawa saya telah
memeriksa Encik/Cik/Puan... MUHAMMAD AZHAR B.
MOHD AMAN (790709-03-393).
dari Kementerian/Jabatan... KE. BERSEKUTAN.

dan mendapati yang beliau:

- (a) Tidak sihat untuk menjalankan tugasnya dengan
sempurna selama... 5 hari... hari
daripada... 6/1/92... hingga... -
- (b) Boleh bertugas semula pada.....
- (c) Beliau dikehendaki datang semula untuk
pemeriksaan pada.....

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

Tarikh

(Tandatangan)
Pegawai Perubatan

DR. ZUNAYRAH ZAINUDDIN
Jabatan Perubatan MPM 48332)