

SIJIL CUTI SAKIT

Dengan ini saya mengesahkan bahawa saya telah memeriksa Encik/Cik/Puan .....

..NORHANA BINTI MAT ZIN.....

NRIC B1052571-5420

dari Kementerian/Jabatan.....

.....YANG BERKENAAN.....

dan mendapati yang beliau:

(a) Tidak sihat untuk menjalankan tugasnya dengan sempurna selama...SATU...(1)...hari

daripada 08.09.25 hingga -

(b) Boleh bertugas semula pada.....

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

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

08.09.25

Tarikh



Handwritten signature

(Tandatangan)

Pegawai Perubatan  
DR ABDUL RASYID B MOHAMMAD NASIR  
MR RCh RAO (NUJ) | MMC 71713