

SIJIL CUTI SAKIT

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

.....**NOR NABILAH**.....

.....**BINTI HASNUL HADI**.....
.....**(000504101498)**.....

dari Kementerian/Jabatan.....
.....**BERKENAAN**.....

dan mendapati yang beliau:

(a) Tidak sihat untuk menjalankan tugasnya
dengan sempurna selama.....**(1 SATU)**.....hari
daripada.....**9/6/26**.....hingga.....

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

(c) Beliau dikehendaki datang semula untuk
pemeriksaan pada

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

Tarikh.....
.....**9/6/26**.....



Klinik/Hospital
(Cop Rasmi)

.....
.....**(Tandatangan)**
.....**Pegawai Perubatan**.....

.....
.....**Nama**
.....**(Huruf Besar)**.....