



**POLIKLINIK UKM  
KESIHATAN**

# POLIKLINIK UKM KESIHATAN

SIJIL CUTI SAKIT  
*Medical Certificate*

155223

Dengan ini saya mengesahkan bahawa saya telah memeriksa Encik / Cik / Puan  
*I hereby certify that I have examined Mr / Mrs / Ms*

**ARWA BINTI MO ISA**

No. K/P / I.C no **970423-01-5210** dari Kementerian/  
*Jabatan / Syarikat / from Ministry of / Department / Company*

**YANG BERKENAAN**

dan mendapati yang beliau / and find that he / she :-



- (a) Tidak sihat untuk menjalankan tugasnya dengan sempurna  
selama / *Is unfit for duty for* **dua (2)** hari daripada/  
*day's from* **5/5/2025** hingga / *to* **6/5/2025**
- (b) Boleh bertugas semula pada / *Can resume his / her work*  
on **—**
- (c) Dikehendaki datang semula untuk pemeriksaan pada /  
*Is required to come for re-examination on*
- (d) Diagnosis **NAUSEA & VOMITING IN PREGNANCY**

\*(Potong mana yang tidak berkenaan)  
*(Delete where not applicable)*

**4/5/2025**  
**POLIKLINIK UKM**  
UKM Medicare Sdn Bhd  
7-G & 7-1, Jalan 15/1B, Seksyen 15  
43650 Bandar Baru Bangi  
Selangor Darul Ehsan  
Tel: 012-2273919

Cop Rasmi / *Official Stamp*

**Tandatangan Dr. / Dr. Signature**  
**Dr. Muhammad Khairi bin Mohd Salleh**  
MD UKM, MPH UM  
No. MMC 74567  
**Nama / Name**