

## SIJIL CUTI SAKIT

Dengan ini saya mengesahkan bahawa saya telah  
memeriksa Encik/Cik/Puan.....*Nornebillah binti*  
*Hasnul Wadi (000504-10-1492)*  
dari Kementerian/Jabatan.....*Yang Berhormat*

dan mendapati yang beliau:

- (a) Tidak sihat untuk menjalankan tugasnya  
dengan sempurna selama.....*(1) hari*.....hari  
daripada.....*20/8/25*.....hingga.....*-*.....
- (b) Boleh bertugas semula pada.....*-*.....
- (c) Beliau dikehendaki datang semula untuk  
pemeriksaan pada .....

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

*20/8/25*  
.....  
Tarikh



Klinik/Hospital  
(Cop Rasmi)

*Roslinda*  
.....  
(Tandatangan)

Pegawai Perubatan  
**DR. ROSLIND BINTI ISMAIL**  
(No. Daftar: MPM 66459)  
Pegawai Perubatan UD13  
Klinik Kesihatan WP Putrajaya  
Nama  
(Huruf Besar)