

(Perubatan 9-Pin. 15/93)

AC 256897

SIJIL CUTI SAKIT

Dengan ini saya mengesahkan bahawa saya telah
memeriksa Encik/Cik/Puan... MD RIZAL BIN KADIR
(831214-01-5695)
dari Kementerian/Jabatan... yang berkenaan

dan mendapati yang beliau:

- (a) Tidak sihat untuk menjalankan tugasnya
dengan sempurna selama (1) SATU hari
daripada 5/8/2005 hingga
- (b) Boleh bertugas semula pada
- (c) Beliau dikehendaki datang semula untuk
pemeriksaan pada

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

5/8/2005
Tarikh

[Signature]
(Tandatangan)

KLINIK KESIHATAN TAMAN UNIVERSITI
ALAN PENDIDIKAN
JPP SKUDAI JOHOR
Klinik/Hospital
(Cop Rasmi)

DR SUBASHINI S.KAMAR
Pegawai Perubatan
MPN 58913
Klinik Kesihatan Taman Universiti

Nama
(Huruf Besar)