

SIJIL CUTI SAKIT

7 5 6 7 2 4 7 4 5 4 9 5

Dengan ini saya mengesahkan bahawa saya telah
memeriksa Encik/Cik/Puan MUHD EFFENDI
BIN IBRAHIM

dari Kementerian/Jabatan YCS SP/KR/1001

dan mendapati yang beliau:

(a) Tidak sihat untuk menjalankan tugasnya
dengan sempurna selama 1 (satu) hari
15/4/2024 daripada 2024 hingga —

(b) Boleh bertugas semula pada —

(c) Beliau dikehendaki datang semula untuk
pemeriksaan pada —

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

15/4/2024



(Tandatangan)
Pegawai Perubatan

Nama
(Huruf Besar)