



Kod Pengesahan / Verification Code
8b72a413-db0a104e

SIJIL CUTI SAKIT / MEDICAL CERTIFICATE FOR SICK LEAVE

Maklumat klinik / Clinic's detail

Nama / Name : **KLINIK DR. LIN DAN KELUARGA**
Alamat / Address : **NO. 25, JALAN L4 1/26, TAMAN LANGAT UTAMA, BUKIT CHANGGANG, 42700 BANTING, SELANGOR**
Emel / Email : **klinikdr.lindankeluarga@gmail.com**
No. Telefon / Phone No. : **011-67447974**

Maklumat pesakit / Patient's detail

Nama / Name : **NUR IZZATI BINTI HELMI**
No Pengenalan Diri / ID No. : **030208010652**
Tarikh Lawatan / Visit Date : **01 Dec 2025 14:12:33**

Adalah dengan ini saya mengesahkan telah memeriksa pesakit di atas.

Individu ini dinasihatkan untuk berehat dari tugas atau pekerjaan untuk tempoh **1 hari**, bermula **01/12/2025** hingga **01/12/2025** disebabkan mengalami **BILLATERAL BREAST LESIONS**.

Terima kasih.

I hereby, confirmed that I have examined the patient above.

It is advised that this individual would be allowed absence from duties for 1 day(s) starting from 01/12/2025 to 01/12/2025 due to BILLATERAL BREAST LESIONS.

Thank you.

Tandatangan / Signature :

Dr Siti Norfarahiza binti Kholitiza
MB BCH BAO (NUI)(Ireland)
MMC: 98441
Resident

Nama doktor / Doctor's name : **DR. SITI NORFARAHIZA BINTI KHOLITIZA (98441)**

KLINIK DR LIN DAN KELUARGA
No 25 Jalan L4 1/26,
Taman Langat Utama, Bukit Changgang,
42700, Banting, Selangor.
No tel : 011-67447974
Email: klinikdr.lindankeluarga@gmail.com

Dokumen ini dicipta dari perisian komputer dengan pengesahan digital, untuk tujuan kesahihan. Tandatangan mungkin diperlukan.

This is a computer-generated document with secure digital signature for authenticity purpose. The law may require physical signature.

powered by

