PROGRAM KESELAMATAN DAN KUALITI MAKANAN
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

SIJIL CUTI SAKIT

Kepada : .....
(Ketua Bahagian/Unit)

Cuti Sakit Tahun	:	=	
Klinik Swasta sehingga	:	=	..... hari
Hospital/Klinik Kerajaan	:	=	..... hari
	JUMLAH	=	..... hari

Sijil Cuti Sakit di atas dikemukakan untuk makluman tuan.

Tarikh : .....

.....
(Tandatangan Ketua Bahagian/Unit)

Sijil Cuti Sakit di atas telah dimaklumkan.

Tarikh : .....

.....
(Tandatangan Pegawai Yang Diberikuasa)