SEDCOVEST
HOLDINGS SDN. BHD.
T-318917-W Wholly Owned Subsidiary of SEDCO

BORANG RAWATAN PERUBATAN
MS ISO 9001 : 2015

Tarikh : …….

A. RAWATAN PERUBATAN

Pembawa surat ini, Encik/Puan/Cik …… adalah suami / isteri / anak kepada Kakitangan Sedcovest Holdings Sdn Bhd Encik / Puan / Cik …… yang mana memerlukan rawatan perubatan dari klinik tuan, Sedcovest Holdings Sdn Bhd bertanggunjawab ke atas segala pembayaran rawatan dan perubatan sahaja.

_____	_____	_____
b.p Pengurus Besar	**Cop/Stamp Syarikat**	**Tandatangan Pemohon**

B. PENGESAHAN DOKTOR

Ruj. Kami :_____ **Tarikh :_____**

Alamat Klinik :_____

Saya telah memeriksa penama, Encik / Puan / Cik _____ dan mendapati Penama dapat / tidak dapat berkerja serta menyokong memberi cuti sakit selama

_____hari Mulai _____ hingga _____.

_____	_____
Tandatangan Doktor	**Cop Rasmi Klinik / Hospital**

LOT S1 & S2 LEVEL 4 (3RD FLR) WISMA SEDCO, COASTAL HIGHWAY
PETI SURAT 13228, 88837 KOTA KINABALU
TEL: 088-266451/452,265458,258454 FAX : 088-259604