



BAHAGIAN 1 : Diisi oleh Staf

Saya..... No. Pekerja

Dari Pusat /Bahagian/Unit ingin memohon

rawatan pergigian untuk * saya/isteri/suami/anak saya (Nama).....

.....

BAHAGIAN 2 : Diisi oleh Pegawai Pergigian

SayaDari klinik.....

mengesahkan bahawa rawatan berikut telah diberikan ke atas.....

pada tarikh (sila tanda pada kotak yang berkenaan)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pemeriksaan dan Diagnosa | <input type="checkbox"/> Ubat-ubatan |
| <input type="checkbox"/> Rawatan Abses (Bengkak Gusi) | <input type="checkbox"/> Cabutan Gigi |
| <input type="checkbox"/> Endodontik (Mematikan Saraf Gigi) | <input type="checkbox"/> Tampalan Gigi |
| <input type="checkbox"/> Pembedahan Kecil Mulut (Minor Oral Surgery) | <input type="checkbox"/> Penskaleran (Cuci Gigi) |
| <input type="checkbox"/> X-ray | |

Nama & Cop Rasmi Pegawai Pergigian

Tandatangan : _____

Tarikh : _____

BAHAGIAN 3 ; PENGESAHAN STAF



3. Bersama-sama ini disertakan resit bayaran bernombor Berjumlah
RM saya mengaku bahawa maklumat tuntutan ini adalah benar.

Tandatangan staf : _____

SOKONGAN KETUA PUSAT/BAHAGIAN/UNIT

Permohonan ini disokong /Tidak disokong

Tandatangan : _____

Tarikh : _____

PERHATIAN:

Setiap tuntutan mestilah diperakukan oleh Ketua Jabatan
bagi tujuan pembayaran. Borang yang tidak lengkap akan dikembalikan.

Pernah membuat permohonan tuntutan Pergigian sebelum ini (sila sertakan resit sekiranya ada)

Ya

Tidak

Jumlah yang pernah dituntut RM _____

BAHAGIAN 6 (Diisi oleh Unit Pengurusan Modal Insan)

Jumlah Tuntutan Yang Diluluskan

: RM

Diperakukan tuntutan di atas adalah betul dan diperakukan bayaran .

Tandatangan :

Nama :

Jawatan :

Cop Jabatan :

Tarikh :