



KOLEJ PROFESIONAL MARA BANDAR PENAWAR
JALAN UNGKU ABDUL AZIZ
BANDAR PENAWAR, 81930 KOTA TINGGI JOHOR
Tel: 07-8842222 Fax No: 07-8842200

PEGAWAI PERUBATAN

Hospital Kota Tinggi/HIS/HSA/Klinik Kesihatan Bandar Penawar

Tarikh: _____

PEMERIKSAAN KESIHATAN / RAWATAN PERUBATAN

Nama Pelajar : _____

No. Kad Pengenalan : _____ No. Tel : _____

No. ID : _____ No. Bilik : _____

Dengan segala hormatnya dimaklumkan bahawa pelajar di atas adalah penuntut di Kolej ini. Sehubungan dengan itu, mohon jasa baik pihak tuan/puan memeriksa dan memberikan rawatan kepada beliau.

2. Pihak tuan/puan juga diharap dapat menandatangani Borang Pengesahan Rawatan di bawah dan menyerahkan keratan tersebut kepada kami melalui Pelajar berkenaan.

Sekian, kerjasama daripada tuan didahului dengan ucapan terima kasih.

"BERKHIDMAT UNTUK NEGARA"
'Membandarkan Luar Bandar'

b.p Pengarah KPM Bandar Penawar

.....*potong di sini*

Pengarah
Kolej Profesional MARA, Bandar Penawar

Nama Pelajar: _____

No. ID: _____

Disahkan bahawa saya telah memeriksa pelajar berkenaan dan mendapati beliau:-

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Mengidap penyakit _____ |
| <input type="checkbox"/> | Tidak dapat menghadiri kelas selama _____ hari mulai _____ hingga _____ |
| <input type="checkbox"/> | Beliau dikehendaki masuk ke wad hospital ini untuk rawatan lanjut |
| <input type="checkbox"/> | Lain-lain (Nyatakan) _____ |

(Tandatangan dan Cop Pegawai Perubatan)