



HOSPITAL CANSELOR TUANKU MUHRIZ
BORANG TUNTUTAN KIT UJIAN KENDIRI SALIVA

Nama Kakitangan	:		
UKM (Per)	:		Jawatan :
Jabatan/ Disiplin	:		
Kategori	:	A) Indeks ☐	B) Kontak Rapat ☐
Nama Indeks/Kontak	:		
Hubungan Indeks/Kontak	:		
Tarikh Pembelian	:		No. Resit :
		Jumlah Kos Pembelian : RM	

		Tarikh :	
Tandatangan Kakitangan		No. Sambungan :	

Penilaian Risiko (Ketua Jabatan/ PIC Covid-19)

Jenis Risiko	:	A) Tinggi ☐
		B) Rendah ☐
Tempoh Kuarantin	:	

Tandatangan & Cop

Untuk Kegunaan Jabatan Pengurusan Fasilitas Bersepadu, HCTM

Tarikh Terima		Diluluskan : ☐	Tidak Diluluskan : ☐
		Jumlah Diluluskan : RM	
Tandatangan dan Nama Penyemak:		Tandatangan Dan Nama Pegawai Melulus:	
Tarikh : _____		Tarikh : _____	



HOSPITAL CANSELOR TUANKU MUHRIZ

BORANG RESIT TUNTUTAN KIT UJIAN KENDIRI SALIVA

Nama: UKM (Per):
Jawatan: Taraf Jawatan:.....
Jabatan/Unit: No. Samb:

*-Sila tampal resit disini,
pastikan resit tidak bertindih,
borang ini boleh dibuat salinan-*

Pengesahan,

.....
(Tandatangan Ketua Jabatan/Unit)

Tarikh:

Cop Ketua Jabatan/Unit

