



MAJLIS AMANAH RAKYAT
Borang Rawatan Doktor

Nama Kakitangan : _____
No. K/Pengenalan : _____ Nombor Gaji :

--	--	--	--	--	--

Bahagian/Negeri/
MRSM/IKM/KPM : _____
(Tempat Bertugas) : _____ Kod Pusat :

--	--	--

Nama Pesakit : _____
Nombor K/Pengenalan
atau Sijil Beranak : _____
Tarikh Lahir (jika pesakit itu anak): _____
Hubungan dengan Kakitangan 1. *Suami / Isteri / Anak
Tarikh : ___ / ___ / 20___ 2. Tandatangan : _____
(Kakitangan / Pesakit)

Untuk diisi oleh Hospital / Klinik

Kod Klinik :

--	--	--	--	--	--

 Tarikh Rawatan : ___ / ___ / ___
Masa Rawatan : _____

Jenis Rawatan : _____ Bayaran :-
(Nyatakan) _____ Consultation
- Biasa RM _____
- Pakar RM _____
Ubat RM _____
Suntikan RM _____
Lain-lain RM _____
Nama Doktor Merawat & (Nyatakan)
Cop Hospital / Klinik Jumlah RM _____

Perhatian

Sila kembalikan SALINAN ASAL borang ini bersama-sama dengan bil tuntutan kepada Bahagian / Negeri / IKM / MRSM / KPM berkenaan.

SALINAN KEDUA adalah untuk rekod Klinik

* 1. POTONG YANG TIDAK BERKENAAN