



**KEMENTERIAN KEWANGAN**  
**Wisma Kewangan**  
**88593 Kota Kinabalu**  
**Sabah, Malaysia**  
**Tel.: 088-251513/251514/251516**  
**Faks: 088-237605**  
**Website: www.mof.sabah.gov.my**

**Tel. :** 088-251513

**Bil. :**

**Tarikh :**

Pegawai-Pegawai Kerajaan/Keluarga

**SURAT PENGENALAN DAN AKUAN**  
**(PERINTAH AM NEGERI SABAH "F" 19)**

Pengarah Perubatan Sabah  
Pegawai Perubatan Hospital Besar/Klinik/Daerah

Pembawa ini ..... ialah seorang Pegawai Kerajaan di Kementerian ini berjawatan sebagai ....., gaji bulanannya adalah sebanyak RM .....

2. Isteri\*/Suami\*/Anak\* Pegawai ini bernama ..... memerlukan rawatan/pemeriksaan.

.....  
(Tandatangan Ketua Jabatan)

**Nama Penuh:** .....

b.p. Setiausaha Tetap  
Kementerian Kewangan

**Cap Rasmi Kementerian:**

**(Pengakuan Pegawai bagi Diri/Keluarga)**

Saya mengaku bahawa \*\* ..... ahli keluarga saya seperti dalam Perintah Am "F" 1 (d).

2. Dengan ini saya juga membenarkan Ketua Jabatan saya untuk memotong gaji saya bagi menjelaskan apa-apa bayaran hospital atau perubatan yang mungkin dikenakan kerana rawatan/pemeriksaan ini.

Tandatangan Pegawai: .....

Nama Penuh: .....

Jabatan: .....

Jawatan: .....

Tarikh: .....

