

**BORANG PERMOHONAN UNTUK PEMERIKSAAN KESIHATAN (LANJUTAN)  
DI SABAH MEDICAL CENTRE. PPNS BIL. 1/1995  
(Dikemukakan dalam 5 salinan)**

**SEKSYEN A**

1. Nama .....
2. No. Kad Pengenalan.....
3. Tarikh Lahir.....
4. Umur .....
5. Jantina .....
6. Taraf Jawatan.....
7. Gelaran Jawatan.....
8. Gred.....

Tarikh:.....

.....  
*Tandatangan Pemohon*

**SEKSYEN B (Perakuan Ketua Jabatan)**

Saya memperakui bahawa penama di atas adalah layak untuk mendapat kemudahan pemeriksaan kesihatan di Sabah Medical Centre. Penama disyorkan oleh pihak SMC untuk menjalani pemeriksaan lanjutan (lihat perenggan II Seksyen C Lampiran F VII).

Tarikh:.....

.....  
*Tandatangan Ketua Jabatan*

Ruj. Jabatan: .....

Nama:.....

Jabatan:.....

**SEKSYEN C**

Permohonan penama untuk mendapat pemeriksaan lanjutan seperti yang disyorkan oleh Pegawai Perubatan, Sabah Medical Centre diluluskan/tidak diluluskan.

Tarikh:.....

.....  
*b.p. Setiausaha Kerajaan Negeri*

Ruj. Jabatan: .....

Nama:.....

**SEKSYEN D (Perakuan Pegawai Perubatan Sabah Medical Centre)**

I. Saya sahkan bahawa penama telah menjalani pemeriksaan lanjutan seperti berikut:

.....  
.....  
.....  
.....

Tarikh:.....

.....  
**Tandatangan Pegawai Perubatan**

Nama:.....

s.k. **Kementerian Kewangan, Kota Kinabalu**  
**Bendahari Negeri, Kota Kinabalu**  
**Sabah Medical Centre, Kota Kinabalu**