

13. Dokumen Sokongan Yang Disertakan

- ☐ Surat Pengesahan Pegawai/ Pakar Perubatan
- ☐ Surat Pengesahan Kementerian Kesihatan Malaysia
- ☐ Surat Ketua Pengarah Kesihatan Malaysia
- ☐ Surat Pengesahan Institusi Pendidikan/ Pengajian Tinggi
- ☐ Dokumen Kewangan (contoh: resit, invoice, sebut harga atau dokumen kewangan lain yang berkaitan)

BAHAGIAN III

14. Pengesahan Pegawai/ Pesara

"Saya dengan ini mengesahkan bahawa maklumat sebagaimana yang dinyatakan di Bahagian I dan Bahagian II di atas adalah benar belaka. Berkaitan itu, saya memohon supaya perbelanjaan bagi maksud kemudahan perubatan yang diperolehi sebanyak RM _____ adalah ditanggung oleh Kerajaan."

Tandatangan _____

Tarikh _____

(_____)
(nama penuh)

BAHAGIAN IV

Perakuan Dan Pengesahan Oleh Pegawai/ Pakar Perubatan Kerajaan (sila gunakan lampiran sekiranya perlu)

15. Nama/ Jenis Penyakit Yang Dihidapi Oleh Pesakit

Angine

16. Nama Atau Jenis Ubat/ Alat/ Perkhidmatan Perubatan/ Rawatan Yang Diperakukan Kepada Pesakit

Anginex 600 mg

17. Sebab-sebab Ubat/ Alat/ Perkhidmatan Perubatan/ Rawatan Yang Diperlukan Oleh Pesakit Tidak Dapat Dibekal/ Disediakan Oleh Hospital/ Klinik Kerajaan

optimal ketahanan

18. Perakuan Dan Pengesahan Pegawai/ Pakar Perubatan Kerajaan

"Saya dengan ini memperakukan bahawa kemudahan perubatan seperti di butiran 16 di atas diperlukan oleh pesakit berdasarkan penyakit yang dihidapinya. Saya juga mengesahkan bahawa kemudahan perubatan berkenaan tidak dapat dibekal/ disediakan oleh pihak hospital/ klinik atas sebab-sebab seperti yang dinyatakan dalam butiran 17 di atas."

Tandatangan _____

(_____)
(nama penuh)

Jawatan _____

Tarikh _____

29/8/12

DR SAMUEL SINISUKAN
Pakar Klinikal Kardiologi UD53
MBBS (UK), Dr Int Med (UITM)
Jabatan Perubatan
Pusat Perubatan Universiti Malaysia
MMC 45702, NSR 137542

BAHAGIAN V

Kelulusan Penggunaan Ubat (ubat yang tidak disenaraikan dalam senarai ubat-ubatan KKM/ hospital universiti sahaja)

19. Kelulusan Penggunaan Ubat Oleh Kementerian Kesihatan Malaysia/ Pengarah Hospital Universiti

"Penggunaan ubat yang tidak disenaraikan dalam senarai ubat-ubatan Kementerian Kesihatan Malaysia/ hospital universiti seperti di butiran 16 di atas adalah *DILULUSKAN / TIDAK DILULUSKAN."

Cop Rasmi KKM/ Pengarah Hospital Universiti

Tandatangan _____

(_____)
(nama penuh)

Jawatan _____

Tarikh _____

* potong mana yang tidak berkenaan

BAHAGIAN VI

20. Pengesahan Dan Keputusan Ketua Jabatan

"Saya dengan ini mengesahkan bahawa permohonan pegawai/ pesara mematuhi syarat-syarat dan peraturan-peraturan sebagaimana yang ditetapkan dalam Perintah Am Bab F Tahun 1974 dan Pekeliling Perkhidmatan Bilangan 21 Tahun 2009. Berkaitan itu, permohonan perbelanjaan bagi maksud kemudahan perubatan yang diperolehi sebanyak RM _____ adalah *DILULUSKAN / TIDAK DILULUSKAN."

Nama & Cop Rasmi

Tandatangan

(_____)
(nama penuh)

Jawatan

Tarikh

* potong mana yang tidak berkenaan

