



Ruj. :
Tarikh :

Ketua Jabatan,

Tuan/Puan,

**SURAT PENGESAHAN UNTUK UBAT / ALAT / PERKHIDMATAN PERUBATAN /
RAWATAN YANG DIPERLUKAN PESAKIT**

Dengan segala hormatnya, saya merujuk kepada perkara di atas.

MAKLUMAT PESAKIT

| | | |
|--------------------|---|--|
| Nama | : | |
| No. K/P | : | |
| No. Telefon | : | |

2. Berikut adalah merupakan kategori pengesahan bagi pesakit :

Nama Ubat :

Sebab Tidak Dapat Dibekalkan :

Nama Peralatan :

Sebab Tidak Dapat Dibekalkan :

Nama Perkhidmatan Perubatan :

Sebab Tidak Dapat Dibekalkan :

Nama Rawatan Yang Diperlukan:

Sebab Tidak Dapat Dibekalkan :

Tandakan (/) pada kotak yang berkaitan

3. Saya dengan ini mengesahkan bahawa kemudahan peralatan di atas adalah diperlukan oleh pesakit berdasarkan penyakit yang dihidapinya. Saya juga mengesahkan bahawa kemudahan perubatan berkenaan tidak dapat dibekalkan / disediakan oleh pihak hospital.

4. Diharap permohonan pembiayaan perbelanjaan kemudahan perubatan bagi pesakit ini diluluskan. Perhatian dan kerjasama tuan dalam perkara ini adalah amat dihargai.

Sekian, terima kasih.

“MALAYSIA MADANI”

“BERKHIDMAT UNTUK NEGARA”

Saya yang menjalankan amanah,

(COP RASMI & TANDATANGAN)

| | |
|----------------|--|
| Nama | |
| Jawatan | |
| Tarikh | |