



HOSPITAL TUMPAT
Hospital Kluster Kelantan Utara
16200 Tumpat
KELANTAN

Telefon: 09-7263000
E-mel: hostumpat@moh.gov.my

Kepada:

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

Tarikh:

(sila nyatakan alamat penerima/majikan)

Tuan/Puan,

SURAT PENGESAHAN PENYAKIT

Nama Pesakit :
No. Kad Pengenalan :
Klinik / Wad :
Tarikh Kemasukan Ke Wad :
(jika berkaitan)

Dengan ini mengesahkan bahawa pesakit seperti nama di atas ***sedang/pernah** mendapatkan rawatan pesakit ***luar/dalam** di Hospital Tumpat bagi penyakit berikut;

Sekian, terima kasih.

“MALAYSIA MADANI”

“BERKHIDMAT UNTUK NEGARA”

Saya yang menjalankan amanah,

Pakar/Pegawai Perubatan
Hospital Tumpat
Tumpat, Kelantan

NOTA :

1. Memo ini hanyalah sebagai makluman sahaja dan tidak boleh digunakan untuk tujuan lain seperti tuntutan insurans, permohonan cuti sakit, kutipan derma atau bantuan kewangan daripada mana-mana organisasi, dokumen sokongan permohonan pindah tempat kerja atau dokumen sokongan bagi urusan mahkamah.
2. Jika pemohon memerlukan laporan perubatan lengkap, pemohon dinasihatkan untuk mendapatkan laporan perubatan melalui Unit Rekod Perubatan Hospital Tumpat.

*(potong mana yang tidak berkenaan)