



MAJLIS DAERAH SEMPORNA
 PETI SURAT NO. 134
 JALAN UTAMA SEMPORNA – TAWAU
 91308 SEMPORNA, SABAH
 NO. TEL : 089 – 785 350 / FAX : 089 – 785 4840

Ruj. MDSPA : 700-2/3 ()

BORANG PERMOHONAN KAD KESIHATAN
 (Pengendali Premis Kecantikan & Kesihatan)

**SILA LEKATKAN
 GAMBAR
 BERUKURAN
 PASSPORT
 (BIRU / PUTIH)**

Borang yang lengkap sahaja akan diproses**

Dokumen yang diperlukan dalam proses permohonan :

- 1 salinan slip / resit pembayaran saringan HIV daripada Klinik;
- 1 salinan Sijil Kursus Berkaitan;
- 1 salinan Dokumen Pengenalan Diri;
- 2 keping gambar berukuran passport (biru/putih).

Jenis Premis : ** Sila tanda (✓) pada kotak yang berkenaan

<input type="checkbox"/> Pusat Kecantikan / Persolekan	<input type="checkbox"/> Kedai Gunting Rambut	<input type="checkbox"/> Pusat Urut / Refleksologi
<input type="checkbox"/> Perkhidmatan Spa	<input type="checkbox"/> Lain – lain (.....)	

BUTIRAN DIRI PEMOHON					
Nama Penuh					
No. Kad Pengenalan		Tarikh Lahir			
Jantina		Bangsa			
Pekerjaan					
Nama & Alamat Tempat Tinggal		Nama & Alamat Tempat Bekerja			
No. Telefon (HP)		No. Telefon (Pej)			
BUTIR-BUTIR PEMERIKSAAN FIZIKAL					
Tangan (Luka/Nanah/Kotor)	:	<input type="checkbox"/> Memuaskan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tidak Memuaskan	
Kuku (Panjang/Kotor)	:	<input type="checkbox"/> Memuaskan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tidak Memuaskan	
Penyakit Kulit	:	<input type="checkbox"/> Tiada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ada, Nyatakan:	
Respiratory System	:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Abnormal	<input type="checkbox"/> Tidak dibuat
Cardiovascular System	:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Abnormal	<input type="checkbox"/> Tidak dibuat
UJIAN MAKMAL					
Retroviral Rapid Test (Untuk Pekerja Premis Kecantikan dan Kesihatan)	:	<input type="checkbox"/> Tidak reaktif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Reaktif	<input type="checkbox"/> Tidak dibuat
Blood For C/S	:	<input type="checkbox"/> Tidak perlu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Perlu, Nyatakan:	
Stool Examination	:	<input type="checkbox"/> Tidak perlu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Perlu, Nyatakan:	
Lain-lain Ujian	:	<input type="checkbox"/> Tidak perlu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Perlu, Nyatakan:	
PENGESAHAN OLEH PENGAMAL PERUBATAN					
<p>Saya mengesahkan bahawa orang seperti nama di atas layak / tidak layak untuk bekerja di premis kecantikan dan kesihatan.</p> <p><i>I certify that the person named above is fit / not fit to become a workers of beauty and health premises.</i></p>					
Tarikh :		Tandatangan dan Cap Rasmi Pegawai Perubatan / Pegawai Pemeriksa			
UNTUK KEGUNAAN PEJABAT SAHAJA					
Pengeluaran Kad Kesihatan :		<input type="checkbox"/> Diluluskan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tidak Diluluskan	
No. Resit Pembayaran Kad :					
No. Daftar Kad Kesihatan :					
(Tandatangan Pegawai Pengeluar Kad)					