



**BORANG MAKLUMAT  
LATIHAN KESIHATAN PEKERJAAN DOKTOR INSURANS PERKESO**

1. Nombor Kod Klinik : 

K						
---	--	--	--	--	--	--

  
(Kod Yang Di peruntukan oleh PERKESO)
2. Nama Klinik : .....
3. Alamat Klinik : .....  
(termasuk Poskod) .....  
.....  
.....
4. No. Telefon Klinik : ..... (talian tetap) ..... (tel. bimbit)  
..... (Faksimili)
5. Tarikh Klinik Mula : 

--	--	--	--	--	--

**Butir-butir Doktor Insurans PERKESO**

1. Nama Doktor : .....  
(yang telah menjalani latihan)
2. Latihan Kesihatan Pekerjaan yang telah dijalani.
  - 2.1 Nama Kursus : .....
  - 2.2 Tarikh : .....
  - 2.3 Tempoh : ..... ( hari / bulan / tahun )
  - 2.4 Penganjur : .....

\*CATATAN: Sila sertakan salinan kelayakan / sijil penyertaan kursus.

Saya mengaku bahawa segala maklumat yang diberi di atas adalah benar.

( ..... )  
Nama dan tandatangan Doktor

Cop Klinik :  
Tarikh :