



MAKLUMAT PEMOHON

TARIKH

 / /

Nama :

No Kp :

Jawatan :

Jabatan/Bahagian
/Unit :

Email :

No tel /hp :

Permohonan Baru Pertukaran Dalaman Reset Password Kemaskini

Pilih (✓) peranan yang diperlukan

Cardiologist HKulim Radiologist Referring Physician Clinician Hkulim Referring Physician Referring Physician (Restricted) Hkulim Radiographer Radiologist Resident

PENGESAHAN KETUA JABATAN

T/tangan :

Nama & Cop

Jabatan :

Tarikh :

 / /

-----UNTUK DIISI OLEH UNIT IT-----

Nama Pegawai :

Tarikh Selesai :

 / /

Tarikh Terima :

 / /

PENGESAHAN MAKLUMAT ID PENGGUNA

Id pengguna :

Katalaluan :

-----SALINAN PENGGUNA-----

Nama :

Id Pengguna :

Jabatan :

Katalaluan :