



PEJABAT PENGARAH HOSPITAL
Hospital Sultanah Maliha
Bukit Tekoh, Jalan Padang Matsirat
07000 Langkawi

KEDAH DARUL AMAN

No. Tel : 04-9663333 / No. Fax : 04-9660121

Kepuasan Pelanggan Diutamakan. Harap Sebutkan Bilangan Surat Kami Apabila Menjawab

HSM/ADM/033

Pind. 1

**PERMOHONAN UNTUK MENDAPATKAN CAP JAWATAN/JABATAN
HOSPITAL SULTANAH MALIHA**

Kepada : **PENGARAH HOSPITAL**

Tarikh :

BUTIR-BUTIR PERMOHONAN (Sila Gunakan Lampiran Berasingan Jika Ruangan Tidak Mencukupi)				
BIL.	PERIHAL PEMBELIAN	KUANTITI	HARGA (RM)	JUMLAH (RM)
1.	Chop Pengarah	20		
2.				
			JUMLAH (RM)	

NOTA :

Tuliskan Nama Penuh dan Jawatan dengan **LENGKAP, TERANG DAN JELAS**. Pejabat ini tidak akan bertanggungjawab sekiranya terdapat kesilapan disebabkan oleh kecuaiannya pegawai yang memohon. Pegawai hanya layak memohon sekali sahaja kecuali terdapat perubahan pada nama dan gred jawatan. Harap maklum.

Tandatangan Pegawai : No. H/P :

UNTUK KEGUNAAN BAHAGIAN PENTADBIRAN	
KELULUSAN Permohonan : ** Diluluskan / Tidak Diluluskan. (Potong Mana Yang Berkenaan).	BEKALAN TELAH DITERIMA OLEH
Tandatangan :	Tandatangan :
Nama & Cop Rasmi :	Nama & Cop Rasmi :
Jawatan :	Jawatan :
Tarikh :	Tarikh :

