



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

HSM/ADM/048

Pind. 1

KEDAH DARUL AMAN

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

Kepuasan Pelanggan Diutamakan. Harap Sebutkan Bilangan Surat Kami Apabila Menjawab

**BORANG PERMOHONAN
KAD PENGENALAN JABATAN (KPJ) / KAD AKSES**

(Di cetak menggunakan kertas warna MERAH JAMBU)

1. MAKLUMAT PEMOHON

(Sila tandakan (✓) pada kotak yang disediakan)

NO. ID :

Nama : _____
Kad Pengenalan : _____
Bahagian/Unit : _____
Jawatan & Gred : _____
Taraf Jawatan : TETAP KONTRAK PSH
No. Telefon Pejabat : _____
No. Telefon Bimbit : _____
Tarikh Lapor Diri : _____

2. JENIS PERMOHONAN KAD

KAD PENGENALAN JABATAN (KPJ) KAD AKSES (NO. SIRI - _____)
 BARU HILANG*
 PATAH ROSAK *(Tidak dapat dijana melalui sistem)*

Nota : Bagi setiap kehilangan atau patah, permohonan kad akses akan dikenakan kos penggantian sebanyak **RM 50.00**.

Tandatangan Pemohon : _____ Tarikh : _____

KELULUSAN KEGUNAAN BAHAGIAN PENTADBIRAN

Permohonan ini ***DILULUSKAN / TIDAK DILULUSKAN**

**Potong mana yang berkenaan*

No. Pendaftaran Kad : _____ Tandatangan & Cop Pegawai Meluluskan : _____

Tarikh Ambil Kad : _____ Tandatangan Penerima : _____

Borang ini hendaklah diisi dengan lengkap dan disertakan bersama :

- Satu (1) gambar berukuran passport
- Satu (1) salinan laporan polis bagi kehilangan kad jabatan/akses