

BORANG PERMOHONAN MEMBAIKI KEROSAKAN
HOSPITAL ORANG ASLI GOMABAK
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

No rujukan

Tarikh :

Nama pemohon :

Jawatan :

Unit :

No. untuk dihubungi :

Bil	Kerosakan	Kuantiti

MAKLUMAT TINDAKAN

Tarikh:

Telah dibaikpulih

Dalam proses

Tidak boleh dibaiki

Catatan :

Di sahkan Oleh :