
Pengarah
Hospital Sungai Buloh
47000 Sungai Buloh
Selangor

__/__/__

Tuan,

PERMOHONAN PENGESAHAN KELAHIRAN

Saya _____ no. K.P / Passport _____
Ingin memohon pengesahan kelahiran anak saya pada tarikh _____

2. Tujuan pengesahan kelahiran ini adalah _____

Sekian, terima kasih.

Yang benar,

_____(Tandatangan)
_____(Nama)
_____(No.KP/Passport)