

BAHAGIAN KESIHATAN PERGIGIAN NEGERI MELAKA**SURAT RUJUKAN**

KLINIK PERGIGIAN:

TEL:

Kepada					
Tarikh rujukan			Segera		Tidak Segera
Nama Pesakit			No Pendaftaran		
Umur		Jantina			No Kad Pengenalan

Tandatangan

Daripada:

Nama					
Tempat Bertugas					