

BAHAGIAN KESIHATAN PERGIGIAN NEGERI MELAKA

SURAT PENAMATAN RAWATAN DENTUR

KLINIK PERGIGIAN
PEJABAT PERGIGIAN DAERAH
MELAKA

NO RUJ. PEMFAILAN KAD RAWATAN :
TARIKH:

Kepada :
Nama Pesakit :

Alamat :
.....
.....
.....

Tuan/ Puan

Penamatan Rawatan Dentur

Dengan hormatnya perkara di atas dirujuk.

2. Didapati bahawa Tuan/ Puan tidak hadir janjitemu / rawatan susulan gigi palsu pada:
..... Sila datang semula ke Klinik Pergigian : pada
Jam pagi/ petang untuk menyambung rawatan tersebut.

3. Sekiranya Tuan/ Puan tidak hadir pada hari janjitemu tersebut atau tidak menghubungi Klinik ini pada/ sebelum tarikh yang sama, pihak kami menganggap bahawa Tuan/ Puan tidak lagi berminat untuk meneruskan rawatan tersebut. Tindakan pelupusan dentur akan diambil untuk menamatkan kes Tuan / Puan dan bayaran pendahuluan dari pihak Tuan/ Puan tidak akan dikembalikan.

Sekian, terima kasih.

‘BERKHIDMAT UNTUK NEGARA’

.....
()