PERKHIDMATAN KESIHATAN PERGIGIAN PULAU PINANG

BORANG RUJUKAN

KLINIK PERGIGIAN …….. Tel: …….

Kepada:		
Tarikh Rujukan:		Segera ☐ Tidak Segera ☐
Nama Pesakit:		No Pendaftaran:
Umur:	Jantina:	No Kad Pengenalan:

Dirujuk oleh :
Nama :
Jawatan :
Tempat Bertugas :
Tandatangan :