

PERKHIDMATAN KESIHATAN PERGIGIAN PULAU PINANG
LAPORAN AUDIT SUSULAN

No. Audit: _____ Tarikh Audit Susulan: _____ Tarikh Laporan: _____

RUJUKAN LAPORAN KETAKAKURAN	TINDAKAN PEMBETULAN	
	SELESAI	TIDAK SELESAI

ULASAN:

Tandatangan: _____
(Auditor)