

PERKHIDMATAN KESIHATAN PERGIGIAN PULAU PINANG
BORANG PRODUK TIDAK MEMENUHI KEPERLUAN

No :
Tarikh dikeluarkan :
Nama Klinik :
Dikeluarkan kepada:

A. Butir-butir Tidak Memenuhi Keperluan (TMK)

.....
Nama/ Tgn Anggota :

.....
Nama& T/Tgn Ketua :
Unit/WPD/TWP/KWP

Tarikh:

Tarikh:

B. Punca TMK

.....
Nama& T/Tgn Ketua :
Unit/WPD/TWP/KWP

Tarikh:

C. Pembedulan:

Lupus Pembaikan Buat Semula Penggantian

Lain-lain (Sila Nyatakan):

Nama& T/Tgn Ketua Unit/WPD/
TWP/KWP/Anggota

:

Tarikh

:

D. Butir-butir Tindakan Pembedulan

.....
Nama& T/Tgn Ketua Unit/
Anggota

.....
Nama& T/Tgn Ketua :
Unit/WPD/TWP/KWP

Tarikh:

Tarikh:

E. Verifikasi keberkesanan tindakan pembedulan

Tutup : Ya Bukti:
 Tidak Sila Jelaskan:

(.....)
Nama/ T/tgn KWP/PKWP/TWP/WPD
Tarikh: