

PERKHIDMATAN KESIHATAN PERGIGIAN PULAU PINANG

BORANG CADANGAN PENAMBAHBAIKAN

No. Cadangan Penambahbaikan :	Tarikh :
Cadangan :	
_____ Tandatangan Pencadang Nama : _____	_____ Disokong oleh KWP/PKWP / TWP/ WPD
Maklumbalas Pengurusan:	
Cadangan diterima / tidak diterima / diujipakai	
_____ Wakil Pengurusan / TWP	
Kaji Semula Tindakan Penambahbaikan	
1. Berkesan <input type="checkbox"/>	2. Tidak boleh dilaksanakan <input type="checkbox"/>
3. Lain-lain / Bukti <input type="checkbox"/>	
_____ _____	
Cadangan Penambahbaikan diterimapakai <input type="checkbox"/>	Tidak diterimapakai <input type="checkbox"/>
_____ KWP/PKWP/ TWP/ WPD	Tarikh : _____