BAHAGIAN KESIHATAN PERGIGIAN SELANGOR
BORANG RUJUKAN

Jabatan/ Unit Yang Dirujuk : .....

Alamat : .....

.....

No. Telefon : .....

Tarikh & Masa Temujanji : .....

Nama Pesakit :		
No. Kad Pengenalan :		Segera ☐ Tidak Segera ☐
No. Tel Pesakit/ Waris :		Tarikh Rujukan :
Umur :	Jantina :	No Pendaftaran :

Tandatangan (Pegawai Yang Merujuk)	
Cop Nama, Jawatan & Klinik	

Helaian Sambungan

Nama Pesakit :
No. Kad Pengenalan :
No. Tel Pesakit/ Waris :