

**BAHAGIAN KESIHATAN PERGIGIAN JKWPKL & PUTRAJAYA
LAPORAN TINDAKAN PENAMBAHBAIKAN (Am)**

No. Laporan:	Tarikh:
A. Keterangan Kelemahan/ Pemerhatian / Maklumbalas	
_____ Tandatangan PPYM / Ketua Unit	Tarikh :
Nama :	
B. Tindakan Penambahbaikan Diambil	
Tarikh selesai:	
_____ Tandatangan PPYM / Ketua Unit / Anggota	Tarikh :
Nama :	
C. Semakan Semula Keberkesanan Tindakan Penambahbaikan	
_____ Tandatangan PPYM / Ketua Unit	Tarikh :
Nama :	