



HOSPITAL SERI MANJUNG

32040 SERI MANJUNG
PERAK DARUL RIDZUAN

Tel : 05 - 689 6600
Faks : 05 - 688 4013
Web : <http://hsmanjung.moh.gov.my>
Email : hsmanjung@moh.gov.my

Tarikh : _____

Jabatan / Unit Pemohon : _____ No. Telefon Jab / Unit : _____

Pengarah Hospital
Hospital Seri Manjung

PERMOHONAN KENDERAAN JABATAN

Jenis Kenderaan (Kereta / Lori / Van) : _____

Tujuan : _____

Tempat : _____

Tarikh & Waktu Di perlukan : _____

Senarai anggota turut bersama :

- | | |
|----------|-----------|
| 1) _____ | 7) _____ |
| 2) _____ | 8) _____ |
| 3) _____ | 9) _____ |
| 4) _____ | 10) _____ |
| 5) _____ | 11) _____ |
| 6) _____ | 12) _____ |

Saya yang menurut perintah,

.....
Nama Pemohon :

Permohonan di atas

DILULUSKAN / TIDAK DILULUSKAN

.....
Pengarah Hospital / Wakil
Hospital Seri Manjung

Catitan : Sila berurusan dengan Bahagian Kenderaan