



**PEMERIKSAAN KESIHATAN
MEDICAL EXAMINATION**

Pemeriksaan Kesihatan Untuk : **Pengendali Makanan / Pekerja Salon Kecantikan / Gunting Rambut**

Nama: Umur:

Jantina: No. KP:

Tempat Kerja:

A. BUTIR-BUTIR PEMERIKSAAN KESIHATAN

Bil.	PERKARA	CATATAN / REMARKS
Pemeriksaan Fizikal oleh Doktor		
1.	Jangkitan kulit (<i>Skin infection</i>)	
	Jangkitan kuman melibatkan : <i>Infection involving :</i>	
	2.1 Telinga (<i>Ears</i>)	
2.	2.2 Mata (<i>Eyes</i>)	
	2.3 Gusi (<i>Gum</i>)	
	2.4 Hidung (<i>Nasal</i>)	
3.	Cirit-birit dan / atau muntah <i>Diarrhoea and / or vomiting</i>	
4.	Demam kepialu <i>Typhoid or paratyphoid</i>	
5.	<i>Hepatitis</i>	
6.	Batuk kering (TB) <i>Tuberculosis</i>	

B. PENGESAHAN OLEH DOKTOR

Saya mengesahkan bahawa orang seperti nama di atas layak / tidak layak menjadi pengendali makanan / pekerja salon kecantikan.

I certify that the person named above is fit / not fit to become a food handler / saloon worker.

Tandatangan / *Signature :*

Mohor Rasmi / *Official Seal*

Nama Doktor / *Doctor's name:*

Nama Klinik / *Clinic's name:*

Tarikh / *Date:*

C. PEMBAYARAN LESEN (Untuk Kegunaan Pejabat Sahaja)

Pembantu Tadbir (Kewangan) ;

Sila terima pembayaran

Sila tangguhkan pembayaran

(.....)
KB / PPKP / PKA