



**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