

**PEMERIKSAAN KESIHATAN
MEDICAL EXAMINATION**Pemeriksaan Kesihatan Untuk : *Pengendali Makanan / Pekerja Saloon Kecantikan*

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>) | |
| 2. | Jangkitan kuman melibatkan : <i>Infection involving :</i> | |
| | 2.1 Telinga (<i>Ears</i>) | |
| | 2.2 Mata (<i>Eyes</i>) | |
| | 2.3 Gusi (<i>Gum</i>) | |
| | 2.4 Hidung(<i>Nasal</i>) | |
| Pemeriksaan Lanjut oleh Doktor | | |
| 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 DOKTORSaya mengesahkan bahawa orang seperti nama di atas **layak / tidak layak** menjadi pengendali makanan / pekerja saloon 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