

E. PEMERIKSAAN KESIHATAN PERGIGIAN: (untuk diisi oleh Pegawai Pergigian)

Kesihatan pergigian yang baik / tidak memerlukan rawatan

Terdapat masalah pergigian:-

Infeksi

Periodontium

Karies / Restorasi

Lain-lain (Others)

(sila nyatakan) _____

Kehilangan Gigi (tooth loss)

Tandatangan
Pemeriksa : _____

Tarikh : _____

Nama : _____

Cop Rasmi: _____

KEPADA PIHAK YANG BERKENAAN:

Dengan ini disahkan bahawa _____ (nama pemohon)

No. Kad Pengenalan _____ telah menjalani pemeriksaan

kesihatan pada _____ dari jam _____ hingga jam _____.

Tandatangan : _____

Nama : _____

No. Kad Pengenalan/
No. Pasport : _____

Jawatan : _____

No. Pendaftaran MMC : _____

Tarikh : _____

Cop Rasmi : _____