

--	--	--	--	--	--	--	--

(Kosongkan untuk No. Kad)



**BORANG PERMOHONAN KAD PENGENALAN DIRI  
JABATAN KESIHATAN NEGERI  
WILAYAH PERSEKUTUAN LABUAN**

**MAKLUMAT PEGAWAI**

NO. K/P

Nama

Jantina  Lelaki  Perempuan Tarikh Lahir

Jawatan

Unit

PTJ  JKN  Hospital  JKA  Dental  Farmasi

Di JKWPL  (Tarikh Mula Berkhidmat di JKWPL)

Alamat

Poskod  Daerah

Negeri

Telefon ( R )  Tel.Bimbit

Email

**MAKLUMAT PEGAWAI**

Nama  (Untuk Cetakan Pada Kad Tidak Melebihi 10 Huruf)

Permohonan  Baru  Gantian Hilang  Gantian Rosak  Gantian Lain

Saya mengaku bahawa segala maklumat yang diberikan adalah benar.

Tandatangan  Tandatangan Pemohon

(Pengesahan Ketua Unit/Program>Nama/Cop) Tarikh

**URUSAN JABATAN**

Kelulusan  Lulus  Tidak Lulus Tarikh Diterima

Status Kad  Aktif  Dikembalikan  Hilang  Rosak

Catatan

Tarikh Keluar  (dd / mm / yy) Nama & Tandatangan Pegawai Melulus

Tarikh