



**BORANG PENGESAHAN KAD PENGECUALIAN CAJ
RAWATAN HOSPITAL USM**

Kumpulan : _____ Sesi Pengajian: _____

Nama Pelajar : 1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____

Nama Keluarga Angkat : _____

No. Kad Pengenalan : _____

Jawatan (Sekiranya ada) : _____

Alamat Keluarga Angkat : _____

No. Telefon : _____

	Nama	Umur	No. K/P No. Mykid	Hubungan	No. R/N HUSM
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					

Tandatangan :

Tarikh: