

D. UNTUK KEGUNAAN FARMASI

No. Siri Kad : DAC _____

Tarikh Kad Dikeluarkan : _____

Nama dan tandatangan :
Pegawai Farmasi

Cop Jawatan :

Tarikh :

LULUS

TOLAK

Nyatakan sebab: _____

E. PENGESAHAN PENERIMAAN OLEH PESAKIT

Saya pesakit / penjaga

nombor kad pengenalan dengan ini telah menerima kad alahan dan telah diberi penerangan sewajarnya berkaitan keperluan memaklumkan atau menunjukkan kad alahan tersebut apabila berjumpa pegawai perubatan, pegawai farmasi, pegawai pergigian atau anggota kesihatan lain.

Tandatangan

Pesakit / Penjaga :

Tarikh :

Tandatangan dan cop

Pegawai Farmasi :

Tarikh :