



BORANG PENGESAHAN PENGAMAL PERUBATAN BERDAFTAR BAGI PENGECEUALIAN PENERIMAAN VAKSIN COVID-19

1. Bahagian 1: Maklumat Pemohon

Nama : _____
 No Kad Pengenalan : _____
 No Pelajar : _____
 Fakulti / Institut : _____
 No Telefon : _____

2. Bahagian 2: Pengesahan Masalah Perubatan (oleh Pengamal Perubatan Berdaftar).

Saya Dr. No.MMC telah
 memeriksa Encik/Puan/Cik No.
 Kad Pengenalan pada tanggal hb, tahun dan mengesahkan
 beliau menghadapi penyakit berikut :

- a.
- b.

(Sila lampirkan surat lampiran sekiranya masalah kesihatan melebihi dari jumlah di atas)

3. Bahagian 3: Pengesahan pengecualian vaksinasi COVID-19 (oleh Pengamal Perubatan Berdaftar).

Dengan ini berdasarkan pengetahuan dan kemahiran profesional saya sebagai seorang pengamal perubatan
 berdaftar penuh, saya mengesahkan bahawa penama di atas **BOLEH / TIDAK BOLEH** (potong jika tidak berkenaan)
 menerima vaksin COVID 19.

Justifikasi Klinikal sekiranya **TIDAK DIBENARKAN** Vaksinasi: (sila kosongkan jika Penama boleh
 divaksinakan tanpa kontraindikasi)

.....

Nama Pegawai Perubatan : _____
 No Kad Pengenalan : _____
 No Pendaftaran Penuh MMC : _____
 No Pendaftaran NSR (jika ada) : _____
 Tempat Bertugas : _____
 No untuk dihubungi : _____
 Tarikh : _____
 Tandatangan Pegawai Perubatan : _____

 Cop Rasmi : _____