MAJLIS BANDARAYA MIRI,
JALAN RAJA,
98000 MIRI,
SARAWAK
www.miricouncil.gov.my

Telefon : 085-433501, 433504, 433505
Fax : 085-415486

Kepada : Pegawai Perubatan	Tarikh: Bil :

Perkara : **PEMERIKSAAN KESIHATAN PENGENDALI MAKANAN/TUKANG MASAK SEKOLAH**

Bahawa Encik/Puan/Cik : ……..

No K/P :…… seorang pengendali makanan/tukang masak sekolah di ……. memerlukan pemeriksaan untuk menentukan samada dia sihat untuk menjalankan kerja sebagai pengendali makanan.

PEMERIKSAAN DIKEHENDAKI

A) Pemeriksaan mata, telinga, gigi, mulut, kerongkong, nadi, dada, jantung, abdomen, kulit dan system lokomotor sperti biasa.
B) Pelalian Typhoid (Tiga Tahun Sekali) ADA ☐ TIADA ☐

Pen. Pegawai Kesihatan Persekitaran
Unit Keselamatan dan Kualiti Makanan
Majlis Bandaraya Miri

Kepada : Pen. Pegawai Kesihatan Persekitaran, Unit Keselamatan dan Kualiti Makanan, Majlis Bandaraya Miri	Tarikah :

PENGESAHAN OLEH PEGAWA PERUBATAN
Keputusan Pemeriksaan

A) Pemeriksaan mata, telinga, gigi, mulut, kerongkong, nadi, dada, jantung, abdomen, kulit dan system lokomotor

……

B) Pelalian Typhoid (Tiga Tahun Sekali) ADA ☐ TIADA ☐

Disahkan bahawa Encik/Puan/Cik : ……..adalah sihat/
Tidak sihat dan dibenar/tidak dibenar menjalankan kerja/tugas sebahagi seorang pengendali makanan.

Tandatangan:……

Cop Rasmi:

Nama :……

Jawatan : ……