

BAHAGIAN B2 (DIISI OLEH CALON PELAJAR. SILA TANDA (/) DALAM KOTAK BERKENAAN)

PENGAKUAN PERIHAL PENYAKIT SENDIRI DAN KELUARGA (<i>Declaration of Own and Family Illness</i>)			
Penyakit (<i>illness</i>)	Sendiri (<i>Self</i>)	Keluarga (<i>Family</i>)	Sekiranya 'ada' terangkan dibawah <i>If 'yes' please state disease & treatment received</i>
Kecederaan teruk (<i>Serious injury</i>)			
Sawan (<i>Epilepsy</i>)			
Batuk kering (<i>Tuberculosis</i>)			
Kencing manis (<i>Diabetes</i>)			
Gangguan Mental (<i>Mental Illness</i>)			
Sakit jantung (<i>Heart Disease</i>)			
Darah Tinggi (<i>Hypertension</i>)			
Lelah/ Asma (<i>Asthma</i>)			
Alahan (<i>Allergy</i>)			
Penagihan Dadah (<i>Drug Addiction</i>)			
HIV / AIDS			
Kanser (<i>Cancer</i>)			
Buah Pinggang (<i>Kidney Disease</i>)			
Kecacatan Anggota (<i>Limb Deficiency</i>)			
Autisma (<i>Autisme Spectrum Disorder</i>)			
Lain-Lain Penyakit (<i>Other illness</i>)			

BAHAGIAN B3 (DIISI OLEH CALON PELAJAR)

Saya dengan ini mengesahkan bahawa maklumat di atas adalah benar. **Saya sedia maklum bahawa permohonan tawaran latihan saya di ILJTM akan ditarik balik sekiranya maklumat yang diberikan adalah tidak benar.** Saya dengan ini memberi keizinan agar laporan perubatan ini diserahkan kepada pihak institut untuk tindakan dan rujukan seterusnya.

Tandatangan Calon Pelajar

Tarikh:

BAHAGIAN D: PENGESAHAN DOKTOR / VERIFIED BY THE EXAMINING DOCTOR

Sila tandakan di dalam kotak berkenaan / Please tick in the appropriate box

Saya mengesahkan bahawa pada hari ini saya telah memeriksa / *I certify that on this day I have examine*

_____ No.KP/IC no.: _____
(Nama Calon Pelajar) (No.KP Calon Pelajar)

dan mendapati bahawa / *and found that*

- Beliau tidak mengidap apa-apa penyakit dan disahkan sihat.
The above name is in good health.
- Beliau menghidap _____
The above name has _____
- Beliau sedang mendapat rawatan _____
The above name is undergoing treatment _____
- Beliau sedang hamil
The above name is pregnant

dan saya mendapati beliau ***SESUAI / TIDAK SESUAI** untuk mengikuti latihan amali dan sebarang aktiviti sukan / program kokurikulum di Institusi Latihan Jabatan Tenaga Manusia serta tinggal di asrama.

****Potong yang tidak berkenaan***

Tandatangan Doktor
Signature of Doctor _____

Nama Doktor
Name of Doctor _____

Kelulusan & Cop Rasmi
Qualification & official stamp _____

Tarikh /
Date _____