



**BORANG PERMOHONAN PENAMBAHAN / PERUBAHAN
LOKASI THUMBPRINT
SISTEM KEHADIRAN BIOMETRIK (eHADIR)
HOSPITAL BAHAGIA ULU KINTA**



MAKLUMAT ANGGOTA

Nama*			
No. MyKad*			
Jawatan*			
Unit/ Wad*			
Lokasi <i>Thumbprint</i> sedia ada*			
Lokasi <i>Thumbprint</i> tambahan*			
Alasan (v)*	<input type="checkbox"/>	Tukar wad / unit	
	<input type="checkbox"/>	On Call	
	<input type="checkbox"/>	Lain-lain (nyatakan) :	
T/tangan Pemohon*		T/Tangan & Cop Pegawai Penyelia*	
Tarikh*		Tarikh*	

*wajib diisi

KELULUSAN OLEH TIMBALAN PENGARAH

T/tangan Timbalan Pengarah* <input type="checkbox"/> Perubatan <input type="checkbox"/> Pengurusan <input type="checkbox"/> Pentadbir/Klinikal		Status permohonan (v)*	
		<input type="checkbox"/>	Lulus
Tarikh*		<input type="checkbox"/>	Tidak Lulus

*wajib diisi

DIISI OLEH PENTADBIR SISTEM

No. ID EHADIR			
Akses Reader	<input type="checkbox"/> Klinik Pakar <input type="checkbox"/> Unit Sumber Manusia <input type="checkbox"/> WKL <input type="checkbox"/> Lain-lain.....		
Level Akses	<input type="checkbox"/> Biasa <input type="checkbox"/> Penyelia Sub-Unit/Wad <input type="checkbox"/> Penyelia Unit		
Tarikh Daftar eHadir		Tarikh Daftar Cap Jari	
T/tangan & Cop Pegawai		T/tangan & Cop Pegawai	
<input type="checkbox"/> Maklum Unit IT untuk proses pengemaskinian/penambahan lokasi thumbprint pada <input type="checkbox"/> Maklum Anggota Sistem Kehadiran Biometrik telah sedia digunakan pada			