



JABATAN RADIOLOGI
HOSPITAL TELUK INTAN
JALAN CHANGKAT JONG, 36000 TELUK INTAN
PERAK DARUL RIDZUAN

BORANG PERMOHONAN CAPAIAN SISTEM PACS RADIOLOGI

MAKLUMAT PEMOHON

Tujuan Permohonan : Permohonan Baru Pembatalan Capaian

Nama Pemohon : _____

No. Kad Pengenalan : _____ Jabatan : _____

Jawatan : _____ Gred : _____

E-mail : _____ No. Tel : _____

Perakuan pemohon :

Saya dengan ini mengesahkan maklumat yang diberikan di atas adalah benar dan mengaku akan bertanggungjawab terhadap permohonan ini :

Tandatangan
Nama Pemohon :

Tarikh : _____

UNTUK KEGUNAAN JABATAN RADIOLOGI

PROSES PERMOHONAN	ID PENGGUNA / KATA LALUAN
Diproses oleh : Tandatangan : Nama: Tarikh :	ID Pengguna : Katalaluan :

.....
*** Salinan Pemohon**

Nama Pemohon :	
Tarikh kelulusan :	LOGIN ID :
Unit / Jabatan :	Katalaluan :