

D. UNTUK KEGUNAAN FARMASI

No. Siri Kad : DAC _____

Tarikh Kad dikeluarkan : _____

Nama dan tandatangan :
Pegawai Farmasi

Cop Jawatan :

Tarikh :

LULUS

TOLAK

Nyatakan sebab: _____

E. PENGESAHAN PENERIMAAN OLEH PESAKIT

Saya pesakit / penjaga
nombor kad pengenalan dengan ini telah menerima kad
alahan dan telah diberi penerangan sewajarnya berkaitan keperluan memaklumkan atau menunjukkan kad alahan
tersebut apabila berjumpa pegawai perubatan, pegawai farmasi, pegawai pergigian atau anggota kesihatan lain.

Tandatangan Pesakit / Penjaga :
Tarikh :

Tandatangan dan cop Pegawai Farmasi :
Tarikh :