



PEJABAT AGAMA DAERAH :

**BORANG LAPORAN KESIHATAN
UNTUK BAKAL PENGANTIN**

Bahagian I : (Dilengkapkan Oleh Pemohon)

Nama Pemohon :

No. Kad Pengenalan :

Alamat :

No. Telefon (R)/(P) :

No. Tel Bimbit :

No. Pasport
(Bukan Warganegara) :

Umur : tahun Jantina : Lelaki
Perempuan

Tarikh Perkahwinan :

Persetujuan

Saya bersetuju menjalani ujian saringan HIV dan keputusan ujian dikembalikan kepada Pejabat Agama Daerah

Tarikh : Tandatangan :

Bahagian II : (Dilengkapkan Oleh Pegawai Perubatan/Pembantu Perubatan/Jururawat Kesihatan).

Hospital/Klinik :

Saya telah membuat ujian saringan HIV ke atas
(Nama Pegawai Perubatan/Pembantu Perubatan/Jururawat Kesihatan).

Encik / Cik dan didapati beliau :-

[] Negatif

[] Positif

Tarikh temujanji akan datang :

Tarikh :

.....
Tandatangan / Cop Pegawai Perubatan
Pembantu Perubatan / Jururawat Kesihatan