

BORANG PENDAFTARAN SWAB KOMPLEKS SUKAN HOSPITAL RIPAS

Nota/Note

* Sila lengkapkan borang dan letakkan di dalam kotak yang disediakan*

* Please place completed form into the box provided *

sila sertakan resit pembayaran pendaftaran dan ujian swab (jika berkenaan)

please submit registration and swab test payment receipts (if applicable)

Tarikh/Date : _____

KETERANGAN PERIBADI/PERSONAL DETAILS

Nama/Name: _____

Jantina/Gender :

Lelaki/Male

Perempuan/Female :

Tarikh Lahir/Date of Birth:

Mengandung/Pregnancy: YES

NO

_____ bulan/month

IC/Passport No:

Kerakyatan/Nationality :

No Telefon/Contact No:

(landline): _____

(Mobile): _____

Bru-HIMS No (BN NO):

Nama Hotel/ Hotel Name: _____

(jika menjalani kuarantin/if undergoing quarantine)

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT SAHAJA

SBL		BRI	
OUTBOUND	<input type="checkbox"/>	PUBLIC CLOSE CONTACT	<input type="checkbox"/>
POE	<input type="checkbox"/>	INBOUND e.g. hotel etc	<input type="checkbox"/>
HCW SURVILLANCE	<input type="checkbox"/>		
ISTANA	<input type="checkbox"/>		