

(Dalam 7 salinan)

[SULIT]

PERATURAN UNTUK RAWATAN DI LUAR NEGERI SABAH  
(PERATURAN-PERATURAN PEGAWAI AWAM NEGERI SABAH 2008)

Kepada : Setiausaha Kerajaan Negeri  
Jabatan Ketua Menteri  
**KOTA KINABALU.**

I. *Laporan Pegawai Perubatan tentang seseorang pegawai atau ahli keluarganya yang memerlukan rawatan khas tidak diperolehi di Negeri Sabah.*

Nama Pegawai : \_\_\_\_\_

Kad Pengenalan : \_\_\_\_\_

Jabatan : \_\_\_\_\_

Jawatan : \_\_\_\_\_

Jantina dan Tarikh Lahir : \_\_\_\_\_

[\*Nama Ahli Keluarga Pegawai] : \_\_\_\_\_

Kad Pengenalan : \_\_\_\_\_

Jantina dan Tarikh Lahir : \_\_\_\_\_

Hubungan dengan Pegawai : \_\_\_\_\_

Saya \_\_\_\_\_ telah memeriksa \*pegawai/ahli keluarga pegawai tersebut di atas dengan melaporkan yang berikut  
**(Sebutkan tarikh pemeriksaan, rawatan, perubatan apa-apa syor atau pandangan)**

Tarikh : \_\_\_\_\_ Diagnosis : \_\_\_\_\_

Saya syorkan supaya \*pegawai/ahli keluarga pegawai itu diberikan rawatan di Hospital berikut  
**(Sebutkan nama dan alamat hospital dan berikan sebab-sebab mengapa hospital itu disyorkan).**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Tandatangan Pakar Perubatan

Nama : \_\_\_\_\_

Jawatan : \_\_\_\_\_

Hospital : \_\_\_\_\_

Tarikh : \_\_\_\_\_

II. *Perakuan oleh Pengarah Kesihatan Negeri, Sabah.*

Saya sahkan bahawa rawatan khas seperti disyorkan oleh Pegawai Perubatan di perenggan I tidak didapati di Negeri Sabah dan menyokong supaya \*pegawai/ahli keluarga pegawai yang tersebut diberikan rawatan di \_\_\_\_\_

Tarikh : \_\_\_\_\_

Ruj. Jabatan : \_\_\_\_\_ Pengarah Kesihatan Negeri  
Nama : \_\_\_\_\_

III. *Perakuan oleh Ketua Jabatan (sebutkan butir-butir seperti kelayakan pegawai untuk mendapat cuti sakit, cuti separuh gaji atau tanpa gaji kerana mengidap penyakit dan apa-apa syor atau pandangan lain)*

Tarikh : \_\_\_\_\_

Ruj. Jabatan : \_\_\_\_\_ Nama : \_\_\_\_\_  
Jabatan: \_\_\_\_\_

IV. *Keputusan Setiausaha Kerajaan Negeri*

Kepada : \_\_\_\_\_ (Ketua Jabatan)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Permohonan tersebut di atas \*diluluskan / tidak diluluskan bagi rawatan diberi di :-

Tarikh : \_\_\_\_\_

Ruj. Jabatan : \_\_\_\_\_ Setiausaha Kerajaan Negeri  
Nama : \_\_\_\_\_

s.k Pengarah Kesihatan Negeri Sabah  
Jabatan Kesihatan Negeri Sabah  
**KOTA KINABALU.**

Setiausaha Tetap  
Kementerian Kewangan Negeri Sabah  
**KOTA KINABALU.**

Bendahari Negeri, **KOTA KINABALU.**

Pengarah Audit, **KOTA KINABALU.**