



INSTITUT PENDIDIKAN GURU  
KAMPUS BATU LINTANG  
JALAN KOLEJ  
93200 KUCHING, SARAWAK  
MALAYSIA

Tel : 082 – 228000  
Fax : 082 – 252382  
Emel : pengarah@ipbl.edu.my

**LAMPIRAN A**

Ruj. Kami:

Tarikh:

Penguasa Perubatan /  
Pegawai Perubatan Yang Menjaga Hospital/Klinik

Tuan,

**SURAT PENGESAHAN DIRI DAN PENGAKUAN PEGAWAI / PENGARAH**

Dengan ini disahkan bahawa penama di bawah adalah seorang pegawai kerajaan di jabatan ini.

Nama Pegawai:

No. KP: \_\_\_\_\_ Gred Gaji : \_\_\_\_\_ Gaji Pokok: \_\_\_\_\_

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

Kelayakan Kelas Wad: \_\_\_\_\_

Alamat Jabatan : **Institut Pendidikan Guru Batu Lintang, Jalan Kolej,  
93200 Kuching**

2. Pegawai berkenaan / Isteri / Suami / Ibu Bapa / Anak\*\* pegawai berkenaan seperti:

Nama:

Perhubungan Keluarga:

3. Jabatan ini bersetuju akan memotong dari gaji pegawai ini bagi menjelaskan bil hospital untuk rawatan berkenaan.

\_\_\_\_\_  
(Tandatangan Ketua Jabatan)

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

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

No. Telefon: 082-228000

(Cop Rasmi Jabatan)

Saya \_\_\_\_\_ yang sekarang menerima gaji pokok sebanyak RM \_\_\_\_\_ di Institut Pendidikan Guru Kampus Batu Lintang, Kuching bertanggungjawab menjelaskan bayaran yang dituntut dan dengan ini membenarkan dan memberi kuasa kepada Ketua Jabatan memotong gaji saya bagi menjelaskan bayaran hospital yang dikenakan kerana rawatan Diri Saya/Ahli Keluarga/Ibu Bapa\*\* saya seperti maklumat-maklumat seperti di bawah:-

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

No. Gaji : \_\_\_\_\_

Perhubungan Keluarga: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Tandatangan Pegawai )

No. KP: \_\_\_\_\_

#### **CATATAN:**

Butir-butir di atas hendaklah diisi dengan lengkap oleh pegawai.

- \* Tempoh sah laku surat ini ialah tiga (3) bulan daripada tarikh dipohon
- \*\* Potong mana-mana yang tidak berkenaan.

- s.k.: i. Unit Urusan Gaji  
Institut Pendidikan Guru  
Kampus Batu Lintang  
Kuching
- ii. Fail Pegawai