



JABATAN: _____
PUSAT PENGAJIAN SAINS KESIHATAN
KAMPUS KESIHATAN

BAYARAN TUNTUTAN HONORARIUM BAGI BULAN

NAMA : _____
 NO. KAD PENGENALAN : _____
 ALAMAT : _____

 TELEFON (PEJABAT) : _____
 TELEFON BIMBIT : _____
 TUJUAN : _____
 AKAUN DIKENAKAN : _____

Tarikh	Masa		Bil. Jam	Kadar	Amaun Dituntut (RM)
	Dari	Hingga			
JUMLAH BESAR (RM)					

Saya mengesahkan bahawa saya telah menjalankan tugas tersebut di atas dan tuntutan ini adalah benar.

Tarikh : _____

T.Tangan Pegawai Menuntut

Saya mengesahkan bahawa pegawai tersebut telah menyempurnakan tugas tersebut dan diperakukan untuk bayaran.

Tarikh : _____

Penyelaras

Permohonan diluluskan / tidak diluluskan

Tarikh : _____

T.Tangan Dekan