

	<p align="center">HOSPITAL SULTAN ABDUL AZIZ SHAH UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA Kod Dokumen: HSAAS/DIET/BR77</p>
	<p align="center">BORANG PERSETUJUAN BAYARAN DIET 'MOTHER ACCOMPANIED CHILD'</p>

Nama Pesakit : _____ Tarikh : _____
MRN : _____ Wad/Katil : _____
Tempahan diet untuk tarikh : _____

Dengan in saya _____(nama penjaga),
no. kad pengenalan _____ bersetuju / tidak bersetuju* untuk
membayar caj bayaran bagi diet '*mother accompanied child*' yang tertakluk kepada caj harian
yang berjumlah RM 56.00 merangkumi sarapan pagi, makan tengahari, minum petang, makan
malam atau salah satu daripadanya seperti yang dimaklumkan oleh
_____ (nama petugas perubatan).

PENJAGA

Tandatangan : _____
Nama Penjaga : _____
Tarikh & Masa : _____

PETUGAS PERUBATAN

Tandatangan & cap : _____
Nama : _____
Tarikh & Masa : _____

*Sila potong mana yang tidak berkenaan