

.....
.....
.....
.....

Bertarikh :

Yang DiPertua
Majlis Daerah
Besut.

Tuan,

PERMOHONAN LESEN : _____

DIALAMAT : _____

Dengan hormatnya merujuk kepada perkara yang tersebut di atas, dimaklumkan bahawa senarai Pengendali Makanan/Pembantu adalah seperti berikut:-

Bil :		GAMBAR
Nama :		
No. K/P:		
Tarikh Lahir :		
Pemeriksaan	Tarikh :	
Kesihatan :	Sah Hingga :	
Bil :		GAMBAR
Nama :		
No. K/P:		
Tarikh Lahir :		
Pemeriksaan	Tarikh :	
Kesihatan :	Sah Hingga :	

Bil :		GAMBAR
Nama :		
No. K/P:		
Tarikh Lahir :		
Pemeriksaan	Tarikh :	
Kesihatan :	Sah Hingga :	
Bil :		GAMBAR
Nama :		
No. K/P:		
Tarikh Lahir :		
Pemeriksaan	Tarikh :	
Kesihatan :	Sah Hingga :	

2. Bersama-sama ini dikembarkan salinan perakuan pemeriksaan kesihatan serta suntikan TY2 bagi setiap pengendali makanan.

Sekian, terima kasih.

Yang Benar

.....
 Nama :
 No. K/P: