



TABUNG KEBAJIKAN STAF/ STAF WELFARE FUND

No. Tel: 05-450 6864 / Faks: 05-450 5429

BORANG PERMOHONAN TUNTUTAN ELAUN MASUK WAD WARDED ALLOWANCE CLAIM FORM

Nama Staf :

No. Staf :

Pusat Tangjawab :

No. Tel :

Tarikh Masuk Wad* :

Tarikh Keluar Wad* :

Dokumen Sokongan : Borang *Discharge Note*/ Resit Bayaran Masuk Wad (Asal)/
Surat Akuan Doctor (Time Slip)

Perakuan Pemohon;

Saya mengesahkan semua maklumat dan dokumen yang diberikan bagi permohonan ini adalah benar.

.....
Tandatangan

.....
Tarikh

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT

No. Rujukan Tuntutan :

Tarikh tuntutan diterima :

Tarikh diluluskan :

Jumlah diluluskan (RM) :

Tarikh dibayar :

Tandatangan Pegawai	Tandatangan Pemohon/Penerima
..... Tandatangan Tandatangan