

Borang Turun Kuasa Authorization HIS@KKM

Fungsi HIS@KKM :

Medication Order

Radiologi Order

Diisi oleh :

Ketua Jabatan

Pakar

Tarikh Permohonan: _____

Maklumat Pemberi Kuasa

Nama Pakar: _____

No.KP Baru: _____

Disiplin: _____

Lokasi: _____

Tarikh Tiadadi Pejabat: _____ sehingga _____

- Saya bersetuju untuk menurunkan kuasa kepada Penerima Kuasa seperti dibawah pada tarikh-tarikh yang disebut di atas.

Tandatangan: _____

Maklumat Penerima Kuasa

Nama Pakar: _____

No.KP Baru: _____

- Saya bersetuju untuk menerima kuasa dan akan menjalankan tugas-tugas memberi authorization dalam HIS@KKM. Saya memahami kuasa akan ditarik balik setelah pemberi kuasa bertugas semula di pejabat.

Tandatangan: _____

Tindakan ICT

Penerima Kuasa diberi *roles* dalam HIS@KKM pada _____

Penerima Kuasa ditarik *roles* dalam HIS@KKM pada _____

Nama: _____

No.KP Baru: _____