

HTJS : 143601



KOD NEGERI



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

BORANG PENGESAHAN KELAHIRAN

(Sila bawa borang ini semasa membuat pendaftaran kelahiran)

NAMA DAN ALAMAT TEMPAT KELAHIRAN							
NAMA DAN ALAMAT PUSAT PENDAFTARAN							
JANTINA BAYI*  <input type="checkbox"/> LELAKI  <input type="checkbox"/> PEREMPUAN		TARIKH KELAHIRAN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Hari Bulan Tahun			UKURAN PANJANG BAYI <input type="text"/> cm.		
		WAKTU KELAHIRAN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jam Minit			UKURAN LILIT KEPALA BAYI <input type="text"/> cm.		
					BERAT BAYI <input type="text"/> kg.		
BCG		<input type="checkbox"/> SUDAH*	<input type="checkbox"/> BELUM*	TARIKH	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
					Hari	Bulan	Tahun
HEPATITIS B		<input type="checkbox"/> SUDAH*	<input type="checkbox"/> BELUM*	TARIKH	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
					Hari	Bulan	Tahun
KOMPLIKASI BAYI (JIKA ADA)							
IBU	NAMA			NO. KAD PENGENALAN/LAIN-LAIN DOKUMEN			
	ALAMAT						
	JENIS KELAHIRAN: _____ KOMPLIKASI (JIKA ADA)						
PENGESAHAN BUTIR-BUTIR KELAHIRAN	IBU / WARIS			DOKTOR/JURURAWAT/BIDAN			
	Saya mengesahkan butir-butir kelahiran di atas adalah betul.			Saya mengesahkan butir-butir kelahiran di atas adalah betul.			
 Tandatangan/Cap Jari		 Nama, Jawatan & Alamat			
 Tandatangan		 Tandatangan			
..... Nombor Kad Pengenalan Lain-lain Dokumen	 Tarikh	 Nombor Kad Pengenalan Lain-lain Dokumen	 Tarikh	
* (Sila tandakan [/] pada kotak-kotak yang berkenaan)							