



**ST. JOHN AMBULANS MALAYSIA**  
**NEGERI PULAU PINANG**

24-A, Jalan Grove, 11400 Pulau Pinang  
Tel: 604-8285972 Fax: 604-8293334

No. Rujukan:

**LAPORAN TUGAS AWAM (Public duty Report)**

Nama Tugas:					Tarikh:								
Tempat:					Pemohon:								
Tarikh:					Masa dari:		AM PM		Hingga		AM PM		
Jumlah Ahli Bertugas:		Jumlah Jam Bertugas:		Bilangan Kes Dirawat:		Kes Minor		Kes Major		Kes Dirujuk ke Hospital			

**Nama Pegawai-pegawai dan ahli-ahli yang hadir**

Bil.	Nama	Jawatan/ Divisyen	No. KP	No. Tel./Bimbit	Untuk Kegunaan Pejabat			
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
					Jumlah			

**PENGANGKUTAN**

Bil.			No. Ambulans			Nama Pemandu			Laporan disediakan oleh		
1									Tandatangan:		
2									Nama:		
3									Jawatan:		
4											

**UNTUK KEGUNAAN PEJABAT SAHAJA**

Laporan disemak oleh:				Bayaran diterima:		RM		Tarikh diterima:			
Tandatangan				Jumlah Bayaran untuk Ahli							
Nama:				Tandatangan							
Jawatan:											