

FORMULIR PEMERIKSAAN KESEHATAN KARYAWAN

DATA IDENTITAS

NAMA KARYAWAN : _____
NIK : _____
JABATAN/BAGIAN : _____
SHIFT / NON SHIT : _____
JENIS KELAMIN : _____
USIA : _____

PEMERIKSAAN KESEHATAN

HARI : _____
TANGGAL : _____
WAKTU : _____
TEMPAT PEMERIKSAAN : _____

KELUHAN PENYAKIT

Cimahi, _____

Mengetahui
Atasan karyawan

Menyetujui
HRD
