



NEQABB

National External Quality Assessment in Blood Banking

PUSAT DARAH NEGARA, Jalan Tun Razak, 50400 KL

Untuk Perhatian : Bahagian Immunoematologi Fax : 03-2698 0362

Untuk kegunaan Penyelaras

Lab ID (Lama) : _____

Lab ID (Baru) : _____

Ver 2.0

BAHAGIAN A : Pendaftaran Hospital Untuk Penyertaan NEQABB

Nama Hospital : _____
Alamat Hospital : _____
Poskod : _____
Daerah : _____
Negeri : _____
No Telefon Hosp. : _____
No Fax Hosp : _____

BAHAGIAN B : Maklumat Untuk Urusan Penghantaran Sampel Ujian NEQABB

Nama Makmal : _____
No Telefon Makmal : _____
No Fax Makmal : _____

BAHAGIAN C : Maklumat Pegawai Rasmi Penerima Laporan

Ini adalah untuk urusan rasmi penghasilan laporan ujian. Sila berikan nama Ketua Bahagian yang bertanggungjawab untuk makmal Tuan/Puan. Sekiranya tiada Ketua Bahagian, Pengarah Hosp perlu dinamakan. (Nota : laporan akan dihantar melalui peg di bahagian D)

Nama Pegawai : _____
Jawatan & Gred : _____
E-mail pegawai : _____
No tel. pegawai : _____
No fax pegawai : _____

BAHAGIAN D : Maklumat urusan surat-menyurat dan komunikasi

Maklumat yang diperlukan ini adalah untuk kelancaran urusan surat-menyurat bagi memastikan semua surat diterima di makmal.

Nama Pegawai : _____
Jawatan & Gred : _____
E-mail pegawai : _____
No telefon pegawai : _____
No fax pegawai : _____
Alamat surat-menyurat : _____
Poskod : _____
Daerah : _____
Negeri : _____

BAHAGIAN E : Pengesahan Maklumat

Disediakan oleh : _____ Tarikh : _____
Jawatan & Gred : _____