



BORANG PENYERTAAN



PROGRAM TERAPI MINDA

Kepada : Penyelaras AKRAB MPOB
 Unit Sumber Manusia
 Ibu Pejabat MPOB
 (u/p: Pn. Anita Taib)

Tel : 03-87694693
 Fax : 03-89252850

Pohon tandakan dalam kotak berkenaan.

Saya memohon untuk menyertai program Terapi Minda

Hari : Jumaat
Masa : 3.30 – 4.30 petang
Tempat: Ruang Kelab Sukan (Bersebelahan Kafeteria)

Saya memohon untuk menyertai sesi bimbingan secara individu

Tandatangan peserta : _____

Nama peserta : _____

Bahagian/ Unit : _____

No. tel. bimbit : _____

No. tel. pejabat : _____

UNTUK KEGUNAAN URUSETIA :

Tarikh terima : No. Rujukan : Tandatangan : Nama : Catatan :	<p>Lulus/ Tidak Lulus</p> <p>_____</p> <p>Hj. Mohamad Nor Abdul Rahman Timb. Ketua Pengarah (Perkhidmatan)</p> <p>Tarikh : _____</p>
--	---