JADUAL PELAKSANAAN KURSUS LATIHAN PENGENDALI MAKANAN

NAMA SLPM : _____

BULAN : _____ TAHUN :_____

Bil.	TARIKH	NAMA TENAGA PENGAJAR	TEMPAT/ALAMAT LATIHAN	MASA KURSUS (*Mula-Tamat*)	BILANGAN PESERTA	CATATAN

Nota : SLPM perlu menyerahkan salinan rekod ini kepada Jabatan Kesihatan Negeri **selewat-lewatnya 5 haribulan setiap bulan**.

Disediakan oleh :

Tandatangan :
Tarikh :

Nama :
Jawatan :