



**KESATUAN PERKHIDMATAN PERGURUAN KEBANGSAAN  
MALAYSIA**

13 & 15, Jalan Murai Dua, Kompleks Batu, Off Jalan Ipoh, 51100 Kuala Lumpur.  
Tel: 03-62510621 / 62510623 Faks: 03-62511060  
E-mel: nutp@tm.net.my atau nutpkl@pd.jaring.my

**BORANG PERMOHONAN ~ TABUNG KEBAJIKAN NUTP  
PENYAKIT KRITIKAL**

No. Ahli :

**BUTIR-BUTIR PEMOHON**

1. Nama :

2. Tarikh keahlian :    Hari Bulan Tahun 3. Jantina :  L Lelaki  P Perempuan

4. Tarikh Lahir :    Hari Bulan Tahun

5. Bangsa :

6. K/P (baru) :  -  -   
K/P (lama) :

7. Alamat Rumah :  Poskod:   
Negeri:  No. Tel:

8. Alamat Sekolah :  Poskod:   
Negeri:  No. Tel:

**BUTIR-BUTIR PENYAKIT**

1. Jenis Penyakit :

2. Tarikh Disahkan Penyakit :    Hari Bulan Tahun

3. Tarikh Persaraan Wajib:    Hari Bulan Tahun

4. Pernah membuat permohonan bagi penyakit kritikal sebelum ini : YA / TIDAK \*

**PENGAUKAN PEMOHON**

Saya mengaku maklumat diatas adalah lengkap, betul dan benar. Pihak kesatuan berhak untuk menolak permohonan saya jika terdapat salahlaku dalam mengisi borang ini.

Tandatangan Pemohon:

Tarikh:

**SEMAKAN LAMPIRAN**

- a. Kad Pengenalan Pemohonan
- b. Kad Keahlian
- c. Surat Akuan Doktor

Sila  di kotak

Borang Permohonan perlu dikemukakan dalam tempoh **TIGA** bulan selepas pengesahan penyakit

Untuk Kegunaan  
Cawangan Sahaja

Tahun Menjadi Ahli

Potongan RM10.00 untuk  
Tabung Kebajikan :

Sudah / Belum \*

Diluluskan / Ditolak \*

Tandatangan Setiausaha  
Cawangan

Tarikh : .....

Cop Cawangan :

Untuk Kegunaan  
Ibu Pejabat

Diluluskan / Ditolak \*

NUTP Semenanjung Malaysia

Dibayar RM .....

No. Cek .....

Tarikh : .....

\*\* Potong yang tidak  
bekenaan