

BORANG GUARANTEE LETTER (GL)
(HOSPITAL KERAJAAN)

NAMA	
NO. K/P	
JABATAN	
JAWATAN	
GRED GAJI	
GAJI	
TARAF JAWATAN	

DIRI SENDIRI		PASANGAN		ANAK		IBU/BAPA	
---------------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--

NAMA PESAKIT	
HOSPITAL	