

TANGGAL: _____
 KABUPATEN/PROVINSI: _____
 KECAMATAN: _____
 FASKES: _____

NAMA PETUGAS: _____

Suplementasi Multi Gizi Mikro/Multivitamin untuk Ibu Hamil

Informasi Penerima Layanan		Status Penerima Layanan (beri tanda centang pada kotak yang sesuai di bawah ini)					Informasi Bayi		Informasi Distribusi Multivitamin		
Nama	Tanggal Lahir	Usia Subur	Hamil			Menyusui	Hari Perkiraan Lahir	Tanggal Lahir Bayi (yang sebenarnya)	Tanggal Distribusi	Total Dosis yang Sudah Didistribusikan	Tanggal Distribusi Selanjutnya
			Trimester Pertama	Trimester Kedua	Trimester Ketiga						
<i>Contoh Wanita 1</i>	<i>16/11/1998</i>	<input checked="" type="checkbox"/>					-	-	<i>12/07/2011</i>	<i>240</i>	<i>12/03/2012</i>
<i>Contoh Wanita 2</i>	<i>03/01/1978</i>					<input checked="" type="checkbox"/>	<i>30/05/2011</i>	<i>03/06/2011</i>	<i>12/07/2011</i>	<i>90</i>	<i>12/10/2011</i>
<i>Contoh Wanita 3</i>	<i>25/06/85</i>				<input checked="" type="checkbox"/>		<i>01/09/2011</i>		<i>12/07/2011</i>	<i>30</i>	<i>12/08/2011</i>
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											