



No:

(Untuk Kegunaan Pejabat)

LATAR BELAKANG KUMPULAN	
Nama Kumpulan	
Organisasi	IABCU
Alamat	IAB CAWANGAN UTARA BANDAR DARULAMAN 06000 JITRA
Telefon & faks	04-9147000 / 04-
Tarikh kumpulan ditubuhkan	
Bilangan ahli	
Nama projek	
Bidang inovasi	
Kategori inovasi	
Tarikh siap projek	

PENGESAHAN KETUA JABATAN	
Pengesahan Ketua Jabatan/Agensi: i) Saya mengesahkan bahawa segala maklumat yang dikemukakan adalah benar dan projek ini diluluskan oleh Jawatankuasa Pemandu Inovasi pada _____. ii) Projek ini telah dipertandingkan di peringkat jabatan pada _____ Tandatangan Ketua Jabatan/ Agensi _____ Cop Jabatan/ Agensi _____	

PENGESAHAN PANEL PENILAI (JIKA BERKAITAN)	
Pengesahan Panel: Saya mengesahkan bahawa projek ini telah melalui proses penilaian pada _____ dan Memenuhi kriteria yang ditetapkan. Tandatangan Panel Penilai _____ Nama: No. Kad Pengenalan: Jawatan/Gred: Jabatan/ Agensi: No. Siri: Tarikh:	