

## SENARAI SEMAK PERMOHONAN (BAHARU & PENGEKALAN) *CREDENTIALING* AHLI FARMASI BERDAFTAR BAGI AMALAN FARMASI DI MALAYSIA

BAHARU

PENGEKALAN

**UNTUK KEGUNAAN SEKRETARIAT JAWATANKUASA  
INDUK *CREDENTIALING* AMALAN FARMASI (JICAF)**

TARIKH TERIMA BORANG PERMOHONAN: .....

NO. RUJUKAN TERIMA BORANG PERMOHONAN: .....

NO. PENDAFTARAN *CREDENTIALING*: .....

**BIL. PERKARA**

**SENARAI SEMAK PERMOHONAN:**

**TANDAKAN (v)**

**BAHARU**

**PENGEKALAN**

1.	Borang Permohonan <i>Credentialing</i> (1 salinan).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Gambar berukuran passport (1 keping).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Salinan Sijil Tahunan Ahli Farmasi Berdaftar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Sijil latihan sangkutan atau surat lantikan sebagai preceptor yang disahkan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Salinan kelayakan akademik tertinggi yang disahkan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Laporan kemajuan selepas latihan sangkutan.	<input type="checkbox"/>	
7.	Sijil aktiviti ceramah / pembentangan / penerbitan yang disahkan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Sijil penghargaan atau dokumen sokongan berkaitan yang disahkan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Dua (2) nama <i>referee</i> yang berkaitan dengan bidang pengkhususan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Ulasan ketua jabatan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Sokongan Timbalan Pengarah Kesihatan Negeri Farmasi atau setaraf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Nota pesanan:**

*Kesilapan mengisi borang permohonan dan maklumat yang tidak lengkap boleh mengakibatkan permohonan credentialing ditolak.*



**BORANG PERMOHONAN (BAHARU & PENGEKALAN)  
CREDENTIALING AHLI FARMASI BERDAFTAR BAGI AMALAN  
FARMASI DI MALAYSIA**

**BIDANG PENGKHUSUSAN: TANDAKAN ( √ ) PADA YANG BERKENAAN**

Amalan Farmasi

Penguatkuasaan Farmasi

Farmasi Regulatori

Lain-lain

**BAHAGIAN A: DIISI OLEH PEMOHON**

**1. MAKLUMAT PERIBADI**

GELARAN KHAS (jika ada) : DATUK/ DATO'/ DATIN/ DR.

NAMA : .....

NOMBOR K/P : .....

JAWATAN & GRED : .....

TARIKH LANTIKAN : .....

TEMPOH PERKHIDMATAN : .....

Gambar passport

ALAMAT TEMPAT BERTUGAS : .....

.....

.....

.....

ALAMAT SURAT MENYURAT : .....

.....

.....

.....

NOMBOR TELEFON : PEJABAT: ..... TEL. BIMBIT: .....

E-MEL : ..... ALTERNATIF: .....

**2. PENDAFTARAN PROFESIONAL**

AHLI FARMASI BERDAFTAR

**Pendaftaran**

Nombor pendaftaran FRP: .....

**\*Maklumat Sijil Tahunan Ahli Farmasi**

Tahun Semasa : .....

Nombor Sijil : .....

*\*sila sertakan lampiran*

**3. KELAYAKAN AKADEMIK**

Sarja Muda/Sarjana/ PhD	Institusi	Tahun Kelayakan

**4. PENGALAMAN BEKERJA (5 PENEMPATAN TERKINI TERMASUK CUTI BELAJAR DAN PERTUKARAN DALAMAN)**

TEMPOH		MAKLUMAT PENGALAMAN	
Dari	Hingga	Jab/Caw/Unit	Organisasi/Hospital

**5. BIDANG PENGKHUSUSAN****A: PERMOHONAN BAHARU**

Bidang pengkhususan yang dimohon:

.....

**Pengkhususan sedia ada (jika berkaitan):**

Nama bidang: .....

Tempoh *credentialing*: .....**B: PERMOHONAN PENGEKALAN**

Bidang pengkhususan (pengekalan) yang dimohon:

.....

No. Pendaftaran *Credentialing*:

.....

**6. AKTIVITI CREDENTIALING****A. PEMBENTANGAN/CERAMAH**

TAJUK	NAMA PROGRAM	TARIKH	PERINGKAT

**B. PENERBITAN**

TAJUK	NAMA PROGRAM	TARIKH	PERINGKAT

**7. NAMAKAN DUA REFEREE YANG BERKAITAN DENGAN BIDANG YANG INGIN DIKTIRAF**

Nama	Jawatan	Tempat bekerja

Dengan ini saya mengesahkan semua maklumat yang dikemukakan adalah benar.

Tandatangan pemohon: ..... Tarikh: .....

**BAHAGIAN B: ULASAN/ SOKONGAN KETUA JABATAN**

**1. ULASAN KETUA JABATAN**

Ulasan:  
.....  
.....  
.....

\*Sokong/ Tidak sokong

..... Tarikh: .....

Tandatangan /Cap ketua jabatan

**2. SOKONGAN TIMBALAN PENGARAH FARMASI/ TIMBALAN PENGARAH KESIHATAN NEGERI FARMASI/ KETUA JABATAN FARMASI**

Ulasan:  
.....  
.....  
.....

\*Sokong/ Tidak sokong

..... Tarikh: .....

Tandatangan /Cap Rasmi