

**SENARAI SEMAK PERMOHONAN (BAHARU & PENGEKALAN)
CREDENTIALING PENOLONG PEGAWAI FARMASI BAGI
AMALAN FARMASI DI KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**

BAHARU

PENGEKALAN

UNTUK KEGUNAAN SEKRETARIAT CREDENTIALING

TARIKH TERIMA BORANG PERMOHONAN:

NO. RUJUKAN TERIMA BORANG PERMOHONAN:

NO. PENDAFTARAN CREDENTIALING:

BIL PERKARA**SENARAI SEMAK PERMOHONAN:****TANDAKAN (✓)****BAHARU****PENGEKALAN**

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Borang Permohonan Baharu <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 pengekalan tahunan | TB | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sijil latihan sangkutan atau surat lantikan sebagai preceptor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Salinan kelayakan akademik tertinggi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Dua (2) nama <i>referee</i> yang berkaitan dengan bidang pengiktirafan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ulasan ketua jabatan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Sokongan Timbalan Pengarah Kesihatan Negeri Farmasi atau setaraf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Laporan kemajuan selepas latihan sangkutan/posbasik | <input type="checkbox"/> | TB |
| 10. Sijil atau dokumen sokongan yang berkaitan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



**BORANG PERMOHONAN (BAHARU & PENGEKALAN)
CREDENTIALING PENOLONG PEGAWAI FARMASI
PROGRAM PERKHIDMATAN FARMASI**

BIDANG PENGIKTIRAFAN: TANDAKAN (✓) PADA YANG BERKENAAN

Amalan Farmasi

Farmasi Regulatori

BAHAGIAN A: DIISI OLEH PEMOHON

1. MAKLUMAT PERIBADI

NAMA :
:

NOMBOR K/P :

JAWATAN & GRED :

TAIKH LANTIKAN :

TEMPOH PERKHIDMATAN :

ALAMAT TEMPAT BERTUGAS :

:

:

:

ALAMAT SURAT MENYURAT :

:

:

:

NOMBOR TELEFON : PEJABAT: TEL. BIMBIT:

E-MEL : ALTERNATIF:

Gambar passport

2. KELAYAKAN AKADEMIK

Diploma/Sarja Muda/Sarjana/ PhD	Institusi	Tahun Kelayakan

3. PENGALAMAN BEKERJA (5 PENEMPATAN TERKINI TERMASUK CUTI BELAJAR DAN PETUKARAN DALAMAN)

TEMPOH		BUTIRAN-BUTIRAN PENGALAMAN	
Dari	Hingga	Jab/Caw/Unit	Organisasi/Hospital

4. BIDANG PENGKHUSUSAN**A. PERMOHONAN BAHARU**

Bidang pengkhususan yang dimohon:

.....
(sila rujuk lampiran A untuk senarai lengkap
bidang pengiktirafan)

B. PERMOHONAN PENGEKALAN

Bidang pengkhususan (pengekalan) yang dimohon:

.....
No. Pendaftaran Credentialing:
.....

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

TAJUK	NAMA PROGRAM	TARIKH	PERINGKAT

6. 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