

Nama :

Alamat tempat bertugas :

Pengarah
Bahagian Lembaga Farmasi Malaysia
Program Perkhidmatan Farmasi
Kementerian Kesihatan Malaysia
Lot 36, Jalan Profesor Diraja Ungku Aziz
46200 Petaling Jaya
Selangor Darul Ehsan

Tarikh:

Tuan,

PENGHANTARAN DOKUMEN

2. Saya _____ No Kad Pengenalan _____
dengan ini menyertakan :

- (v)
1. Borang permohonan yang telah ditandatangani
 2. Salinan sijil / diploma yang telah disahkan
 3. Dua (2) keping gambar berwarna berukuran pasport bertulis
nama dan nombor kad pengenalan di sebelah belakang.
(Gambar hendaklah sama)
 4. Salinan kad pengenalan yang telah disahkan
 5. Senarai tugas/deskripsi tugas terkini yang telah disahkan
oleh Ketua Jabatan
(bagi pemohon bukan pemegang Diploma Farmasi)**

bagi melengkapkan Permohonan Penyenaraian Awal Penolong Pegawai Farmasi/Juruteknologi Farmasi saya , yang telah dihantar sebelum ini.

Sekian terima kasih.

.....

Nama :

Jawatan :

ISNZA/LFMhantardokumen/1-2024