

---

---

---

**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/Puan,

**PENGHANTARAN DOKUMEN**

Saya dengan hormatnya merujuk kepada perkara tersebut di atas.

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

- ( v )
- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 1. Borang permohonan yang telah ditandatangani   | <input type="checkbox"/> |
| 2. Salinan sijil / diploma yang telah disahkan   | <input type="checkbox"/> |
| 3. Senarai tugas/deskripsi tugas yang telah disahkan<br>(bukan pemegang Diploma Farmasi)                             | <input type="checkbox"/> |
| 4. Dua ( 2 ) keping gambar berwarna berukuran pasport bertulis<br>nama dan nombor kad pengenalan di sebelah belakang | <input type="checkbox"/> |
| 5. Salinan kad pengenalan/pasport yang telah disahkan  | <input type="checkbox"/> |

bagi melengkapkan Permohonan Penyenaraian Awal Penolong Pegawai Farmasi/Juruteknologi Farmasi saya.

Sekian terima kasih

.....  
Nama :  
Jawatan :