



## Borang Permohonan Data untuk Tujuan Penyelidikan Data Request for the Purpose of Research

SENARAI SEMAK CHECKLIST	
1.	Borang D-FR-14/2 yang lengkap <i>Completed D-FR-14/2 Form</i>
2.	Surat permohonan kepada Pengarah, Bahagian Dasar dan Perancangan Strategik Farmasi, Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) ^ <i>Cover letter to the Director of Pharmacy Policy and Strategic Planning Division, Ministry of Health Malaysia (MOH) ^</i>
3.	Penyelidikan telah berdaftar dengan <i>National Medical Research Register (NMRR)</i> dengan lengkap dan nombor NMRR disertakan <i>The research is registered with the National Medical Research Register (NMRR) with NMRR ID assigned</i>
4.	Surat kelulusan daripada Jawatankuasa Etika dan Penilaian Perubatan (JEPP), KKM ^ <i>Approval letter from the Medical Research and Ethics Committee (MREC), MOH ^</i>
5.	Kertas cadangan penyelidikan yang lengkap dengan nama dan institusi semua penyelidik serta jadual pelaksanaan penyelidikan ^ <i>Research proposal with the names and affiliations of all investigators and research Gantt chart ^</i>
6.	Senarai maklumat data ( <i>variable</i> ) yang dimohon dinyatakan dengan jelas <i>Data (variable) requested is clearly stated</i>
7.	Sekiranya melibatkan permohonan maklumat perhubungan ahli farmasi seperti nama dan alamat e-mel bagi tujuan pengedaran borang soal selidik: <i>If requesting pharmacists' contact information for the purpose of distributing research questionnaires:</i> <ul style="list-style-type: none"><li>• Borang Akuan D-FR-xx yang lengkap ^ <i>Completed D-FR-xx Declaration Form ^</i></li><li>• Menyatakan pengiraan saiz sampel yang jelas, cara pensampelan serta inclusion dan exclusion criteria dalam kertas cadangan penyelidikan <i>Sample size calculation, sampling method, and inclusion and exclusion criteria are clearly explained in the research proposal</i></li></ul>

^ Sila lampirkan bersama borang permohonan *Please attach with the form*

Sila hantar borang permohonan dan dokumen sokongan melalui pos / e-mel kepada:  
*Please send the completed form and supporting documents by post / email to:*

Pengarah, Bahagian Dasar dan Perancangan Strategik Farmasi  
Kementerian Kesihatan Malaysia  
*Director, Pharmacy Policy and Strategic Planning Division  
Ministry of Health Malaysia (MOH)*  
Lot 36, Jalan Prof Diraja Ungku Aziz  
46200 Petaling Jaya, Selangor  
[ndfarmasi@moh.gov.my](mailto:ndfarmasi@moh.gov.my)

BAHAGIAN 1: DILENGKAPKAN OLEH PEMOHON PART 1: TO BE COMPLETED BY THE APPLICANT	
<b>A. BUTIRAN PEMOHON</b> <i>APPLICANT'S DETAILS</i>	
Nama Penuh: <i>Full Name</i>	
Alamat E-mel: <i>Email</i>	Nombor Telefon Bimbit: <i>Mobile Phone Number</i>
Institusi dan Alamat Penuh: <i>Institution and Address</i>	
Peranan Pemohon*: <i>Role of Applicant*</i>	Penyelidik Utama / Penyelidik Bersama <i>Principal Investigator / Co-investigator</i>
Nama penyelidik utama dan institusi jika pemohon ialah penyelidik bersama: <i>Name and affiliation of Principal Investigator if applicant is a co-investigator</i>	
<b>B. BUTIRAN PENYELIDIKAN</b> <i>RESEARCH DETAILS</i>	
Nombor NMRR: <i>NMRR ID</i>	
Tajuk Penuh Penyelidikan: <i>Research Title</i>	
Tarikh Mula: <i>Start Date</i>	Tarikh Dijangka Tamat: <i>Expected Complete Date</i>
Justifikasi Penyelidikan Dilaksanakan: <i>Justification of Research</i>	
Impak Hasil Penyelidikan: <i>Impact of Research</i>	
Data ( <i>variable</i> ) yang dimohon (sila sertakan lampiran jika perlu): <i>Data (variable) requested (please submit an attachment if necessary)</i>	
<b>C. PENGESAHAN PEMOHON</b> <i>APPLICANT'S DECLARATION</i>	
Saya dengan ini mengesahkan bahawa data yang dimohon adalah semata-mata untuk tujuan penyelidikan. <i>I hereby confirm that the data requested is intended only for use in research.</i>	
Tandatangan: <i>Signature</i>	Cop Rasmi Jawatan (jika berkaitan): <i>Official Stamp (if applicable)</i>
Tarikh: <i>Date</i>	

\* Sila potong mana yang tidak berkenaan *Please strikethrough the irrelevant option*

**BAHAGIAN 2: DILENGKAPKAN OLEH PROGRAM PERKHIDMATAN FARMASI, KKM**

*PART 2: TO BE COMPLETED BY THE PHARMACEUTICAL SERVICES PROGRAMME, MOH*

**D. SEMAKAN SEKRETARIAT R&D FARMASI**

Tarikh Diterima:	Nombor Permohonan:
Senarai semak:	
1. Data yang dimohon melibatkan maklumat peribadi individu.	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
2. Semua kriteria permohonan dipenuhi.	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
3. Maklumat permohonan dan dokumen sokongan lengkap.	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
4. Data yang dimohon sesuai dengan tajuk penyelidikan.	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
5. Lain-lain:	
<b>Permohonan diterima untuk diproses:</b>	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Bahagian / Cawangan yang memiliki data dimohon:	
Tandatangan Sekretariat:	Cop Rasmi Jawatan:
Tarikh:	
<b>E. PENILAIAN OLEH TIMBALAN PENGARAH (CAWANGAN / PUSAT PEMILIK DATA)</b>	
<b>Ulasan:</b>	
<b>Permohonan disokong:</b> <input type="checkbox"/> <b>Ya</b> <input type="checkbox"/> <b>Tidak</b>	
Pegawai yang dihubungi untuk mendapatkan data (jika permohonan disokong):	
Nama :	
Jawatan :	
No. Telefon :	
E-mel :	
Tandatangan:	Cop Rasmi Jawatan:
Tarikh:	