

BORANG PERMOHONAN UNTUK INDIVIDU (PENGAMAL)
APPLICATION FORM FOR INDIVIDUAL (PRACTITIONER)

Tarikh Permohonan
Application Date : _____

Kepada : Bahagian Perubatan Tradisional dan Komplementari (BPTK)
 To : Kementerian Kesihatan Malaysia
 Blok E, Jalan Cenderasari
 50590 Kuala Lumpur, Malaysia

Gambar
 ukuran saiz
 pasport terkini
*Latest
 Passport Size
 Photo*

Nama Pemohon (seperti dalam pasport) <i>Applicant's Name (as in the passport)</i>			
No. Pasport <i>Passport No.</i>		Warganegara <i>Nationality</i>	
Umur <i>Age</i>		Jantina <i>Sex</i>	
Tarikh Lahir <i>Date of Birth</i>		No. Telefon <i>Telephone No.</i>	
Alamat Tempat Tinggal <i>Current Address</i>			
Alamat Tempat Bekerja (di Malaysia) <i>Work Place Address (in Malaysia)</i>			
Jenis Amalan <i>Type of practice</i>			
Jawatan yang Dimohon <i>Position Applied for</i>			
Maklumat Kelayakan Asas Akademik PT&K <i>Basic T&CM Academic Qualification Information</i>			
a) Ijazah yang Dianugerahkan (nama penuh) <i>Degree Awarded (in full)</i>			
b) Nama Institusi <i>Name of Institution</i>			
c) Tarikh Sijil Dianugerahkan <i>Date Awarded</i>			
Lain-lain Kelayakan (sila nyatakan) <i>Other Qualifications (please specify)</i>			

BORANG PERMOHONAN UNTUK INDIVIDU (PENGAMAL)
APPLICATION FORM FOR INDIVIDUAL (PRACTITIONER)

	Tempat Bekerja <i>Working Place</i>	Jawatan <i>Position</i>	Tarikh <i>Date</i>	
			Dari <i>From</i>	Hingga <i>To</i>
Pengalaman Bekerja <i>Working Experience</i>				

Saya mengaku bahawa keterangan-keterangan yang diberikan dalam borang ini adalah tepat dan benar. Jika didapati ada keterangan-keterangan yang tidak benar, permohonan saya ini akan dibatalkan.

I, hereby certify that the statements on this application are correct and true to the best of my knowledge, and I agree and understand that any falsification of information herein will cause the cancellation of my application

Tandatangan dan Nama Penuh Pemohon/ Wakil Syarikat
Applicant's Signature and Full Name/ Company Representative

Tarikh
Date