



MAJLIS PERUBATAN TRADISIONAL & KOMPLEMENTARI
TRADITIONAL & COMPLEMENTARY MEDICINE COUNCIL

Gambar
berukuran
pasport/
*Passport size
photo*

BORANG MAKLUMAT PEMOHON
APPLICANT INFORMATION FORM

BAHAGIAN A (PART A):

MAKLUMAT PERIBADI/ PERSONAL INFORMATION			
Nama (seperti dalam dokumen pengenalan): <i>Name (as in Identification Document):</i>			
Jenis Dokumen Pengenalan: <i>Type of Identification Document:</i> (Sila Pilih Satu/ <i>Please Choose One</i>)	a) <input type="checkbox"/> Kad Pengenalan/ <i>Identification Card</i> b) <input type="checkbox"/> Pasport / <i>Passport</i> c) <input type="checkbox"/> Lain-lain/ <i>Others (sila nyatakan/ please specify):</i>		
No. Dokumen Pengenalan: <i>Identification Document No.:</i>			
Umur: <i>Age:</i>		Warganegara: <i>Nationality:</i>	
Tarikh Lahir: <i>Date of Birth:</i>		Bangsa: <i>Ethnicity:</i>	
Jantina: <i>Sex:</i>		No. Telefon Rumah: <i>House Telephone No.:</i>	
No. Telefon Bimbit: <i>Handphone No.:</i>		No. Telefon Pejabat: <i>Office Telephone No.:</i>	
Emel: <i>Email:</i>			
Alamat Tempat Tinggal: <i>Residential Address:</i>			
Alamat Surat-Menyurat: (sekiranya berbeza dengan Alamat Tempat Tinggal) <i>Postal address: (if different from the Residential Address)</i>			

MAKLUMAT AMALAN/ PRACTICE INFORMATION

Bidang Amalan Diiktiraf:
Recognised Practice Area:

Perubatan Tradisional Melayu/ *Traditional Malay Medicine*

- Subbidang Amalan/ *Subpractice Area:*

(sila pilih yang berkaitan/ *please select related area*)

Urutan Melayu/ *Malay Massage*

Bekam/ *Cupping*

Herba Melayu/ *Malay Herbal*

Urutan Selepas Bersalin/ *Postnatal Massage*

Mengamalkan semua di atas/ *Practising all of the above*

Perubatan Tradisional Cina/ *Traditional Chinese Medicine*

- Subbidang Amalan/ *Subpractice Area:*

(sila pilih yang berkaitan/ *please select related area*)

Akupunktur & Moksibusi/ *Acupuncture & Moxibustion*

Bekam/ *Cupping*

Herba Cina/ *Chinese Herbal*

Tuina

Mengamalkan semua di atas/ *Practising all of the above*

Perubatan Tradisional India/ *Traditional Indian Medicine*

- Sublapangan/ *Subfield Area:*

(sila pilih yang berkaitan/ *please choose related area*)

Ayurveda

Siddha

Unani

Naturopati & Yoga/ *Naturopathy & Yoga*

Homeopati/ *Homeopathy*

Pengubatan Islam/ *Islamic Medical Practice*

Kiropraktik/ *Chiropractic*

Osteopati/ *Osteopathy*

ALAMAT TEMPAT MENGAMAL DI MALAYSIA/ PRACTISING ADDRESS IN MALAYSIA

(i) Alamat Utama:
Principal Address:

(ii) Alamat Lain (jika
berkenaan):
*Other Addresses (if
applicable):*

a).....

b).....

c).....

PERAKUAN/ DECLARATION

- Saya mengaku bahawa keterangan-keterangan yang diberikan dalam borang ini adalah tepat dan benar dan dokumen yang disertakan merupakan salinan sah dokumen yang asal.

I hereby declare that the particulars stated in this application are accurate and true and the documents attached are true copies of the original documents.

- Saya tidak didapati bersalah atau melibatkan diri dalam kesalahan seperti penipuan atau keburukan akhlak yang boleh dihukum (sama ada penjara atau denda).

I have not been found guilty or was involved in offences such as fraud or moral turpitude which are punishable (whether by imprisonment or fine).

- Saya bersetuju dan memahami bahawa sebarang pemalsuan maklumat boleh menyebabkan pembatalan permohonan/pendaftaran saya.

I agree and understand that any falsification of information herein can cause my application/registration to be cancelled.

- Saya mengaku bahawa saya tidak mempunyai penyakit mental dan tidak menghidapi sebarang penyakit berjangkit yang kronik.

I declare that I have no mental illness and do not have any chronic infectious disease.

Tandatangan Pemohon

Applicant's Signature

Nama Penuh:

Full name:

Tarikh:

Date:

BORANG L
FORM L

AKTA PERUBATAN TRADISIONAL DAN KOMPLEMENTARI 2016 [Akta 775]
TRADITIONAL AND COMPLEMENTARY MEDICINE ACT 2016 [Act 775]

[Subperaturan 7(1)]
[Subregulation 7(1)]

PERMOHONAN UNTUK PENGEMBALIAN PERAKUAN PENGAMALAN SELEPAS
PENGGANTUNGAN
APPLICATION FOR RETURN OF PRACTISING CERTIFICATE AFTER SUSPENSION

Saya (nama penuh) ingin memohon untuk pengembalian perakuan pengamalan selepas nama digantung daripada daftar di bawah subseksyen 39(2) Akta Perubatan Tradisional dan Komplementari 2016.

I (full name) would like to apply for the return of practicing certificate after being suspended from the register under subsection 39(2) of the Traditional and Complementary Medicine Act 2016.

Saya mengakui maklumat-maklumat yang dinyatakan dalam permohonan ini adalah benar dan betul dan dokumen yang dilampirkan merupakan salinan sah dokumen asal. Saya memahami bahawa apa-apa pemalsuan maklumat yang diberikan akan menyebabkan pembatalan permohonan ini.

I hereby declare that the particulars stated in this application are true and correct and the documents attached are true copies of original documents. I understand that any falsification of information given will result in the cancellation of this application.

Dengan ini saya sertakan pembayaran secara *Wang Tunai/ Kiriman Wang Pos/ Wang Pos/ Draf Bank/ Cek; (No.)/ pemindahan dana elektronik dengan jumlah RM bagi maksud yang tersebut di atas.

*I enclose herewith payment through *Cash/ Postal Order/ Money Order/ Bank Draft/ Cheque; (No.)/ electronic fund transfer with the amount of RM for the above mentioned purpose.*

Saya faham bahawa keputusan permohonan ini adalah tertakluk kepada kehendak Majlis PT&K dipenuhi, dan keputusan Majlis PT&K adalah muktamad.

I understand that the result of this application is subject to fulfilling the requirements of the T&CM Council, and the decision of the T&CM Council is final.

Tandatangan Pemohon (*Applicant's Signature*)

Nama:

Name:

Tarikh:

Date:

**Potong yang mana tidak berkenaan/Cancel whichever is not applicable*