

LAMPIRAN B

**BORANG PERMOHON MENJALANI POSTING ELEKTIF DI FASILITI
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**

NOTA:

- a. Anda perlu mengisi penuh semua ruangan wajib yang bertanda *; dan
- b. Sila isi dalam DUA salinan.

1. Maklumat Peribadi:

- 1.1. Nama penuh menurut Kad Pengenalan atau Paspot*: _____
- 1.2. a. No. Kad Pengenalan (Warga Malaysia): Old*: _____ New*: _____ - _____ -
 b. No. Paspot* (Bukan Warga Malaysia): _____
- 1.3. No. Telefon *: _____ 1.4. Alamat Emel: _____
- 1.5. Alamat Rumah*: _____
 _____ Poskod: _____
- 1.6. Alamat Surat-Menyurat*: _____
 _____ Poskod: _____
- 1.7. Nama waris terdekat*: _____
 Alamat waris terdekat*: _____
 _____ Poskod: _____

2. Latarbelakang Akademik:

- 2.1. Nama Institusi Pengajian Perubatan*: _____
 _____ Poskod: _____
- 2.2. Tahun Pengajian*: _____
- 2.3. Tahun Dijangka Bergraduat*: _____
- 2.4. Nyatakan pengalaman klinikal anda sehingga kini, jika ada:

Tarikh	Disiplin	Tempoh

3. Maklumat Posting Elektif Yang Dipohon:

3.1. Tempoh Posting Elektif*:

Dari*:/...../..... Hingga :/...../..... (Jumlah = _____ Minggu)
(Jumlah keseluruhan posting hendaklah **tidak melebihi ENAM minggu**. Tempoh minima bagi setiap disiplin hendaklah **tidak kurang dari TIGA minggu**.)

3.2. Posting Pilihan*:

Sila nyatakan tidak lebih dari tiga disiplin menurut keutamaan:

a. _____

b. _____

c. _____

NOTA: Pihak berkuasa berhak menentukan mana-mana disiplin tanpa merujuk kepada permohonan anda.

4. Bersama-sama ini saya kemukakan:

- a. Salinan pendua kad pengenalan (bagi warganegara) atau paspot (bagi bukan warganegara) yang disahkan; dan
- b. Surat sokongan dari Dekan.

5. Pengakuan:

Saya dengan ini sesungguhnya mengaku bahawa:

- a. semua maklumat yang dinyatakan diatas adalah benar;
- b. saya telah membaca dan memahami semua peraturan berkaitan posting elektif dan bersetuju untuk mematuhi semua peraturan yang berkuatkuasa atau yang dikuatkuasakan dari masa kemasa selepas pengakuan ini dibuat; dan
- c. tidak akan menyalahkan dan juga mengambil tindakan terhadap pihak klinik, hospital dan/atau Kementerian Kesihatan Malaysia diatas sebarang kecederaan atau kemudaratan yang dialami semasa menjalani posting elektif.

Terima kasih.

Tandatangan Pemohon*: Tarikh*:/...../.....

Sila lengkapkan borang ini dan kemukakan kepada Pengarah Kesihatan Negeri atau Institusi yang dipohon dan kembarkan surat dari institusi pengajian anda.