

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 Pasport*: _____

1.2 A.No. Kad Pengenalan (Warga Malaysia): Lama*: _____ Baru*: _____ - ____ - ____

1.2 B.No. Pasport* (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*: _____ No. Telephone*: _____
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 kembalikan surat dari institusi pengajian anda.

LAMPIRAN B

**APPLICATION FORM FOR *ELECTIVE POSTING*
IN THE MINISTRY OF HEALTH MALAYSIAN FACILITIES**

NOTE:

- a. Please fill ALL compulsory fields marked *; and
- b. Please submit in TWO copies.

1. My Particulars:

1.1 Name in full (as in NRIC or passport)*: _____

1.2 A.NRIC Number (for Malaysian): Old*: _____ New*: _____ - ____ - _____

1.2 B.Passport No.* (for Non-Malaysians): _____

1.3 Contact Number*: _____ 1.4 Email Address: _____

1.5 Home Address*: _____
Postal Code: _____

1.6 Postal Address*: _____
Postal Code: _____

1.7 Next of Kin*: _____ No. Telephone*: _____
Address of Next of Kin*: _____ Postal Code: _____

2. My Academic Background:

2.1 Name and address of parent medical school*: _____
Postal Code: _____

2.2 Year of study*: _____

2.3 Expected year of graduation*: _____

2.4 Indicate briefly your clinical experience to date, if any:

Date	Disciplines	Duration

3. The Particulars of Elective Posting Requested:

3.1. Period of Elective Posting*:

From*:/...../..... To :/...../..... (Total = _____ weeks)

(The total length of the posting **should NOT exceed SIX weeks.**

The minimum time spend in any particular discipline **should NOT be less than THREE weeks**)

3.2. My Preferred Postings*:

Please indicate not more than three disciplines in terms of preference:

- a. _____
- b. _____
- c. _____

NOTE: The authority has the right to determine any postings without reference to your application.

4. Herewith I enclose:

- a. Certified photocopy of my identity card (for Malaysian) or passport (for foreigners); and
- b. Supporting document/s from the Dean.

5. Declaration:

I do hereby solemnly declare that:

- a. all the particulars stated above are correct;
- b. I have read and understand the provisions regarding the elective posting and agree to abide by and be governed by all the rules now in effect or as announced hereafter from time to time; and
- c. I hereby agree to give an undertaking not to hold the hospital, clinic or the Ministry of Health responsible for any injury or mishaps sustained during the tenure of my posting.

Thank you.

Signature of Applicant*: **Date*:**/...../.....

Please complete this form and return to the respective State Health Department or Institution and attach a letter from your institution requesting for the elective posting.