



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA
JABATAN KESIHATAN WILAYAH PERSEKUTUAN LABUAN
BORANG PERMOHONAN PENGAJIAN

NAMA PEGAWAI	
NO.KAD PENGENALAN	
JAWATAN & GRED	
BAHAGIAN	
KURSUS DIPOHON	
TEMPAT KURSUS	
TEMPOH KURSUS	
TARIKH LANTIKAN	
TARIKH PENGESAHAN PERKHIDMATAN	
PERNAH MENGIKUTI PENGAJIAN JANGKA PANJANG / JANGKA PENDEK <small>*JANGKA PANJANG BERMAKSUD MELEBIHI 6 BULAN *JANGKA PENDEK BERMAKSUD TIDAK MELEBIH 3 BULAN DAN TIDAK KURANG</small>	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIADA JIKA ADA NYATAKAN : (SERTAKAN LAMPIRAN JIKA RUANG TIDAK MENCUKUPI)
JENIS PROGRAM	<input type="checkbox"/> PROGRAM PENGAJIAN JARAK JAUH (PJJ) <input type="checkbox"/> HLP / TANPA HLP <input type="checkbox"/> DIPLOMA LANJUTAN (POS BASIK) <input type="checkbox"/> LATIHAN SANGKUTAN



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA
JABATAN KESIHATAN WILAYAH PERSEKUTUAN LABUAN
BORANG MAKLUMAT PELAJAR

PENGESAHAN OLEH SEKSYEN/ UNIT SUMBER MANUSIA											
A. TATATERTIB	B. REKOD CSG/CTG	C. MARKAH LNPT	PENGESAHAN SM								
<input type="checkbox"/> ADA <input type="checkbox"/> TIADA JIKA ADA NYATAKAN : (SERTAKAN LAMPIRAN JIKA RUANG TIDAK MENCUKUPI)	<input type="checkbox"/> ADA <input type="checkbox"/> TIADA JIKA ADA NYATAKAN : (SERTAKAN LAMPIRAN JIKA RUANG TIDAK MENCUKUPI)	<table border="1"><thead><tr><th>TAHUN</th><th>MARKAH</th></tr></thead><tbody><tr><td>202</td><td></td></tr><tr><td>202</td><td></td></tr><tr><td>202</td><td></td></tr></tbody></table>	TAHUN	MARKAH	202		202		202		Tandatangan : Nama : Jawatan : Cop Rasmi : Tarikh :
TAHUN	MARKAH										
202											
202											
202											
SOKONGAN PEGAWAI PENILAI PERTAMA		PERAKUAN KETUA JABATAN									
Persetujuan PPP: <input type="checkbox"/> Saya dengan ini *menyokong / tidak menyokong permohonan pegawai yang tersebut di atas untuk mengikuti kursus dalam perkhidmatan secara pengajian jarak jauh. <input type="checkbox"/> (Sekiranya menyokong) Sokongan ini tidak akan menjejaskan sabarang perkhidmatan di Jabatan/ Unit saya. <input type="checkbox"/> (Sekiranya menyokong) Saya memahami sebarang implikasi serta kesan daripada sokongan ini. Tandatangan : Nama : Jawatan : Cop Rasmi : Tarikh :		Persetujuan Ketua Jabatan: <input type="checkbox"/> Saya dengan ini *memperaku / tidak memperaku permohonan pegawai yang tersebut di atas untuk mengikuti kursus dalam perkhidmatan secara pengajian jarak jauh. <input type="checkbox"/> (Sekiranya menyokong) Sokongan ini tidak akan menjejaskan sabarang perkhidmatan di Jabatan/ Unit saya. <input type="checkbox"/> (Sekiranya menyokong) Saya memahami sebarang implikasi serta kesan daripada sokongan ini. Tandatangan : Nama : Jawatan : Cop Rasmi : Tarikh :									

Mohon sertakan:

- Surat Permohonan (secara atas talian/peribadi)
- Surat Tawaran