

1	Nama Penuh Pemohon (Seperti dalam Daftar Perubahan)	
	No. Kad Pengenalan atau No. Pasport (sekiranya bukan warga Malaysia)	(a) Baru / Lama : _____ (b) Pasport : _____
2	Alamat Tempat Tinggal <u>SERTA POSKOD</u>	
3	a Nama dan Alamat Tempat Amalan Utama - <u>SERTA POSKOD</u>	
	b Alamat Tempat Amalan Lain - <u>SERTA POSKOD</u> (Sila lampirkan alamat jika melebihi 2 tempat amalan)	
4	(a) No. Perakuan Pendaftaran Penuh	
	(b) Tarikh Pendaftaran Penuh @ Tarikh Pendaftaran di bawah mana-mana undang-undang dahulu.	
	(c) Tempat pendaftaran di bawah mana-mana undang-undang yang dahulu	
5	No Perakuan Amalan Tabunan yang akhir	
6	Butiran mengenai Kiriman Wang/ Bank Deraf / Wang Pos/ Cek yang dilampirkan	(a) No. _____
		(b) Jumlah _____
		(c) Pejabat Pos/ Bank dan Tarikh _____

Tarikh: \_\_\_\_\_

Tandatangan Pemohon

No. Tel.: .....

**Peringatan:-**

- 1) Permohonan ini hendaklah di alamatkan kepada:

**PENDAFTAR PENGAMAL PERUBATAN  
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA  
ARAS 2, BLOK FI, KOMPLEKS E, PRESINT 1, PUSAT PENTADBIRAN PERSEKUTUAN, 62590 PUTRAJAYA  
TEL NO : 03-88831411/13 FAX NO: 03-88831406**

**TIDAK** lewat dari 1 hb. Disember setiap tahun

- 2) Bayaran yang dikenakan ialah RM50.00 dan dibayar atas nama 'PENDAFTAR PENGAMAL PERUBATAN' (untuk pengamal swasta sahaja).
- 3) Jika permohonan diterima lewat daripada 1hb Disember, bayaran lewat sebanyak RM50.00 lagi akan dikenakan. (untuk pengamal swasta sahaja).
- 4) Sila isikan borang ini dengan HURUF BESAR DAN LENGKAP. Sila buat salinan borang untuk kegunaan akan datang.
- 5) Bayaran hendaklah dibuat melalui Kiriman Wang/ Wang Pos/ Bank Deraf/ Cek sahaja.
- 6) Sila tuliskan nama, no. kad pengenalan, dibelakang Kiriman Wang/ Wang Pos/ Bank Deraf/ Cek (pastikan cek diandatangani)
- 7) Pengamal Perubatan yang belum memperolehi Sijil Pendaftaran Penuh adalah tidak layak memohon APC.
- 8) Pengamal perubatan tidak perlu memohon APC sehingga 31hb Disember pada tahun pertama mendapat Pendaftaran Penuh.
- 9) Bagi pengamal perubatan asing sila sertakan satu salinan Sijil Pendaftaran Penuh.
- 10) Sila sertakan sesalinan surat pengesahan perletakan jawatan yang dikeluarkan dari Perkhidmatan Awam sekiranya baru berhenti dari sektor kerajaan.

Hendaklah diisi di mana pegawai-pegawai perubatan ada di dalam perkhidmatan Kerajaan Malaysia atau sesuatu Kerajaan Negeri mana-mana daripada Universiti-Universiti dalam Malaysia)

Saya, (Nama) \_\_\_\_\_ (Nama Jawatan) \_\_\_\_\_ dengan ini memperakui bahawa pemohon yang bernama di atas adalah bekerja sebagai pegawai perubatan dalam (nyatakan nama perkhidmatan itu) \_\_\_\_\_ di (nyatakan tempat perkhidmatan) \_\_\_\_\_.

Tarikh: \_\_\_\_\_

Tandatangan Ketua Jabatan Tempatan

**UNTUK KEGUNAAN PEJABAT**

No. P.A.T. \_\_\_\_\_ yang dikeluarkan pada \_\_\_\_\_ bayaran sebanyak RM50.00 dibayar melalui resit no \_\_\_\_\_ bertarikh \_\_\_\_\_  
Dikecualikan daripada membayar di bawah Peraturan 25

## LAMPIRAN A - BORANG

1. Nama\* : .....
2. (a) No. Kad Pengenalan\* : Baru : .....-.....-..... Lama: .....  
Warna: .....
- (b) No. Pasport (bagi bukan warganegara)\*: .....
3. Kewarganegaraan: Malaysia/ jika berlainan\* (Sila nyatakan): .....
4. Tarikh Lahir: ...../...../..... 5. Jantina: Lelaki/Perempuan\*
6. Bangsa: Melayu/Cina/India/Lain-lain\* 7. Agama: .....
8. No. Telefon (Rumah) ..... (H/P) .....
9. Alamat Email: .....
10. Kelulusan Asas Perubatan:
  - 10.1. Perihal Kelulusan .....
  - 10.2. Institusi yang memberikan kelulusan: .....
  - 10.3. Tahun Kelayakan dianugerahkan: .....
11. Jenis Pengamalan: Pemilik Tunggal/Kumpulan/Kerajaan\*
12. Jumlah tempat amalan (jika lebih daripada satu tempat amalan): ..... tempat
13. Alamat amalan dan masa rawatan (sila sertakan lampiran, jika perlu):
  - 13.1. Alamat: .....  
Hari & Masa .....  
Tel. No.: ..... Fax No.: .....
  - 13.2. Alamat: .....  
Hari & Masa: .....  
Tel. No.: ..... Fax No.: .....
  - 13.3. Alamat: .....  
Hari & Masa .....  
Tel. No.: ..... Fax No.: .....

Tarikh\* : .....

Tandatangan Pemohon\*

---

\* Potong mana yang tidak berkenaan