

**BORANG PERMOHONAN PENDAFTARAN *TRAINEE* PROGRAM LATIHAN KEPAKARAN
PARALLEL PATHWAY DI KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**

Sila isikan borang dalam HURUF BESAR (melainkan alamat e-mel)

1.	Negeri			
2.	Hospital			
3.	Jabatan Bertugas			
MAKLUMAT PEGAWAI PERUBATAN (PEMOHON)				
1.	Nama Penuh			
2.	No. Kad Pengenalan		Umur	
3.	Jantina		Bangsa	
4.	No. Telefon bimbit			
5.	Alamat E-mel			
6.	No Pendaftaran MMC		Penuh / Sementara	
MAKLUMAT PERKHIDMATAN				
1.	Tarikh Latihan Siswazah	Mula :	Tamat :	
2.	Jenis Lantikan	Tetap / Kontrak		
3.	Tarikh Pengesahan Jawatan (bagi Pegawai Perubatan Lantikan Tetap)			
BIDANG LATIHAN KEPAKARAN YANG DIPOHON (Satu Bidang Sahaja)				
*	TAHAP PEPERIKSAAN	TARIKH LULUS PEPERIKSAAN		
1.				
2.				
3.				

**DOKUMEN YANG TELAH LENGKAP HENDAKLAH DIHANTAR MELALUI PENGARAH HOSPITAL
KE:**

Timbalan Pengarah Kanan,
Cawangan Pembangunan Profesion Perubatan,
Bahagian Perkembangan Perubatan,
Kementerian Kesihatan Malaysia,
Aras 6, Blok E1 Parcel E,
Pusat Pentadbiran Kerajaan Persekutuan
62590 Putrajaya

Dokumen Asal (*Hardcopy*)

DAN / ATAU

Melalui E-mel : urusetiaparallel@moh.gov.my (dalam bentuk fail dokumen PDF)

SERTA SATU SALINAN DOKUMEN KEPADA

Timbalan Pengarah Kesihatan Negeri (Perubatan)

***Sila sertakan salinan transkrip/sijil peperiksaan bersama nombor kolej/ID peperiksaan yang telah disahkan**

BORANG AKU JANJI

Saya _____,

No Kad Pengenalan _____ mengaku

bahawa segala maklumat dalam "**BORANG PERMOHONAN PENDAFTARAN
TRAINEE PROGRAM LATIHAN KEPAKARAN PARALLEL PATHWAY DI
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**" serta dokumen yang disertakan adalah betul dan benar. Saya juga faham sekiranya maklumat yang diberikan adalah didapati palsu, saya boleh dikenakan tindakan termasuklah tindakan tata tertib dan jika berkaitan pewartaan sebagai Pakar Perubatan tidak akan dilaksanakan.

Yang Benar,

Disokong oleh,

(Tandatangan Pemohon)

Nama :

No. Pendaftaran MMC :

Jawatan :

Tarikh :

Cop Rasmi :

(Tandatangan Ketua Jabatan)

Nama :

No. Pendaftaran MMC :

Jawatan :

Tarikh :

Cop Rasmi :

**SENARAI SEMAK BORANG PERMOHONAN PENDAFTARAN *TRAINEE* PROGRAM
LATIHAN KEPAKARAN *PARALLEL PATHWAY* DI KEMENTERIAN KESIHATAN
MALAYSIA**

Bil	Senarai Semak	Ya / Tidak	Tarikh Semakan
1	Borang Pendaftaran BPAR2019 telah diisi dengan lengkap dan jelas		
2	Salinan sah keputusan peperiksaan dilampirkan		
3	Salinan sah dokumen sokongan latihan dilampirkan (jika ada)		
4	Borang Aku Janji telah diisi dengan lengkap dan jelas serta ditandatangani pemohon		
5	Borang Aku Janji telah ditandatangani Ketua Jabatan (Klinikal) pemohon		
6	Surat iringan (<i>Cover letter</i>) dari Pusat Tanggungjawab		

Disediakan oleh,

Disemak oleh,

(Tandatangan Pemohon)

(Tandatangan Pegawai)

Nama :

Nama :

No. Pendaftaran MMC:

Jawatan :

Jawatan :

Tarikh :

Tarikh :

Kegunaan Unit PGMSS KKMTarikh Terima :
PermohonanTarikh Semakan :
Permohonan

Dokumen Lengkap : Ya / Tidak

Ulasan :

Tindakan Susulan :

Tandatangan
Penyemak Dokumen :