

PERMOHONAN BAGI PENGEKALAN DALAM DAFTAR AHLI FARMASI

SENARAI SEMAK (Diisi oleh Pemohon)	KEGUNAAN PEJABAT												
<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="center">Ada</td> <td align="center">Tiada</td> </tr> <tr> <td>1. Borang 10 <i>Form 10</i></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Borang PAF (maklumat tambahan) <i>Form PAF (additional information)</i></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Wang Pos Malaysia/Kiriman Wang Pos Malaysia/ Draf Bank RM50.00 disertakan atas nama Ketua Setiausaha Kementerian Kesihatan Malaysia (jika permohonan dikemukakan sebelum 31 Disember) <i>Malaysian Money Order/Postal Order RM50.00 enclosed payable to Ketua Setiausaha Kementerian Kesihatan Malaysia (if application submitted before 31 December)</i></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Ada	Tiada	1. Borang 10 <i>Form 10</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Borang PAF (maklumat tambahan) <i>Form PAF (additional information)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Wang Pos Malaysia/Kiriman Wang Pos Malaysia/ Draf Bank RM50.00 disertakan atas nama Ketua Setiausaha Kementerian Kesihatan Malaysia (jika permohonan dikemukakan sebelum 31 Disember) <i>Malaysian Money Order/Postal Order RM50.00 enclosed payable to Ketua Setiausaha Kementerian Kesihatan Malaysia (if application submitted before 31 December)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Tarikh Diterima:</p> <hr/> <p>Masuk Data Dalam Komputer</p> <p>Nama:</p> <p>Tarikh:</p> <p>Disemak Oleh :</p> <p>Nama :</p> <p>Tarikh :</p>
	Ada	Tiada											
1. Borang 10 <i>Form 10</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
2. Borang PAF (maklumat tambahan) <i>Form PAF (additional information)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
3. Wang Pos Malaysia/Kiriman Wang Pos Malaysia/ Draf Bank RM50.00 disertakan atas nama Ketua Setiausaha Kementerian Kesihatan Malaysia (jika permohonan dikemukakan sebelum 31 Disember) <i>Malaysian Money Order/Postal Order RM50.00 enclosed payable to Ketua Setiausaha Kementerian Kesihatan Malaysia (if application submitted before 31 December)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<p>Jika permohonan dikemukakan ke Bahagian ini selepas 31 Disember <i>If application submitted after 31 December</i></p> <table border="0"> <tr> <td>4. Wang Pos Malaysia/Kiriman Wang Pos Malaysia/ Draf Bank RM150.00 disertakan <i>Malaysian Money Order/Postal Order of RM150.00 enclosed</i></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	4. Wang Pos Malaysia/Kiriman Wang Pos Malaysia/ Draf Bank RM150.00 disertakan <i>Malaysian Money Order/Postal Order of RM150.00 enclosed</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Tarikh dihantar/Pos:</p>									
4. Wang Pos Malaysia/Kiriman Wang Pos Malaysia/ Draf Bank RM150.00 disertakan <i>Malaysian Money Order/Postal Order of RM150.00 enclosed</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											

NOTA/Note:

- Borang yang tidak lengkap tidak akan diproses dan dikembalikan kepada pemohon
Incomplete application will not be processed and will be returned to applicant

AKTA PENDAFTARAN AHLI FARMASI 1951

PERATURAN-PERATURAN PENDAFTARAN AHLI FARMASI 2004

Borang 10

(Peraturan 12)

PERMOHONAN BAGI PENGEKALAN DALAM DAFTAR AHLI FARMASI

1. Nama penuh pemohon (seperti dalam sijil pendaftaran):
.....
2. No. kad pengenalan:
3. Alamat rumah:
.....
4. Alamat tempat amalan:
.....
5. (a) No. sijil pendaftaran:
(b) Tarikh pendaftaran penuh:
6. No. sijil tahunan terakhir:.....
7. Kiriman pos/wang pos No.....berjumlah RM50.00.

Tarikh:.....

.....
Tandatangan pemohon

*potong mana-mana yang tidak berkaitan.

***12. JENIS AMALAN**

Tandakan (✓)

Kerajaan

KKM

Bukan KKM

Swasta

***13. BIDANG KERJA/ JENIS PERNIAGAAN**

TRD - Perniagaan (Farmasi Komuniti)

MFG - Pengilang (Farmaseutikal dan Veteriner)

HK - Hospital Kerajaan

HS - Hospital Swasta

HQ - Ibu Pejabat Kementerian Kesihatan

UPF - Unit Penguatkuasa Farmasi

Lain-lain Kementerian

Akademia Kementerian Pendidikan

Akademia di Institusi Swasta

Bidang selain farmasi

Bekerja di Luar Negara

Tidak bekerja

* Lain-lain : Nyatakan :

* Jika termasuk dalam **kategori lain-lain** sila catitkan dengan jelas **jawatan** dan **juga alamat tempat bekerja sekarang** (dalam helaian lain). Ini hanya sebagai dokumentasi sahaja

PANDUAN UNTUK PEMOHON

1. Borang yang diisi lengkap hendaklah dialamatkan kepada :

Bahagian Perkhidmatan Farmasi
Kementerian Kesihatan Malaysia
Beg Berkunci No : 924
Pejabat Pos Jalan Sultan
46790 PETALING JAYA

2. Borang-borang boleh diperolehi daripada :

1. Bahagian Perkhidmatan Farmasi (seperti alamat di atas)
2. Laman web Bahagian Perkhidmatan Farmasi iaitu www.pharmacy.gov.my

3. Sebarang pertanyaan boleh diajukan dengan menulis kepada Bahagian Perkhidmatan Farmasi atau menghubungi salah satu dari nombor berikut : **03-79682223, 03-79682237 atau 03-79682241**