



Setiausaha
 Lembaga Farmasi Malaysia
 Bahagian Perkhidmatan Farmasi
 Kementerian Kesihatan Malaysia
 Lot 36, Jalan Universiti
46200 PETALING JAYA, SELANGOR
 (u/p: Puan Hanisah Shafie)

PEMAKLUMAN MENJALANI LATIHAN PROVISIONAL (PRP)

1. MAKLUMAT PERIBADI PEMOHON

Nama Penuh:	
No. Kad Pengenalan:	No. Telefon Bimbit:
Alamat E-mel:	No. Pendaftaran PRP/Tarikh:

2. MAKLUMAT LATIHAN PRP

Nama Fasiliti Latihan PRP	:
Alamat Fasiliti Latihan PRP	:
Tarikh Mula Latihan PRP	:
Tarikh Tamat Latihan PRP	:

3. PERAKUAN

Tandatangan PRP:

Tarikh:

Nota: PRP perlu mengisi dan menghantar borang ini melalui emel hanisah.shafie@moh.gov.my dalam tempoh **satu bulan** bermula dari tarikh mula latihan PRP.