

**BORANG PERMOHONAN MoA UNTUK MENJALANI LATIHAN SANGKUTAN PRP
DARI FASILITI LATIHAN LIBERALISASI**

(Nota: sila hantar borang ini melalui email SAHAJA di alamat latihan.prp@gmail.com)

1. Jenis Premis (sila ✓ pada ruang yang berkenaan):

- Farmasi Komuniti
- Hospital Swasta
- Industri Farmaseutikal Mengilang
- Industri Farmaseutikal Tidak Mengilang
- R&D Universiti

2. Nama Pengarah Premis / Pemilik Premis / Preseptor PRP / Dekan Universiti

3. Alamat premis yang telah diakreditasi

4. Nama dan Alamat Hospital Kerajaan / Hospital Swasta / Klinik Kesihatan yang dipilih untuk menjalani latihan sangkutan

a) Nama Premis:

Alamat:

Bagi Komponen : Pesakit Luar Wad Farmasi

b) Nama Premis :

Alamat:

Bagi Komponen : Pesakit Luar Wad Farmasi

c) Nama Premis:

Alamat:

Bagi Komponen : Pesakit Luar Wad Farmasi

d) Nama Premis:

Alamat:

Bagi Komponen : Pesakit Luar Wad Farmasi

e) Sila guna helaian berasingan jika melebihi empat (4) premis

5. Alamat email untuk menerima MoA
