



Borang Akuan Declaration Form

Permohonan Maklumat Perhubungan Ahli Farmasi Bagi Tujuan Pendedaran Borang Soal Selidik Penyelidikan *Request for Pharmacists' Contact Information for The Purpose of Distributing Research Questionnaires*

Tajuk Penyelidikan: <i>Research Title</i>	
Nombor NMRR: <i>NMRR ID</i>	
Nama <i>Name</i>	Institusi <i>Institution</i>
Penyelidik Utama <i>Principal Investigator</i>	
Penyelidik Bersama <i>Co-investigator(s)</i>	
Maklumat perhubungan yang dimohon: <i>Contact information requested</i>	
Akuan Declaration	
<p>Saya, sebagai penyelidik utama, dengan ini mengakui bahawa maklumat perhubungan yang dimohon hanya akan digunakan untuk tujuan pendedaran borang soal selidik bagi penyelidikan dengan tajuk dan Nombor NMRR yang dinyatakan di atas. Maklumat tersebut hanya boleh diakses dan dikendalikan oleh penyelidik-penyelidik yang dinyatakan di atas sahaja. Saya bersetuju tidak akan menyalahgunakan atau berkongsi maklumat tersebut kepada pihak lain dan saya tidak akan menggunakan maklumat tersebut bagi apa-apa tujuan selain daripada pendedaran borang soal selidik.</p> <p><i>I, the principal investigator, hereby declare that the contact information requested will be used solely for the purpose of distributing questionnaires for the research with the title and NMRR ID stated above. Only investigators stated above will be allowed to access and handle the information. I agree not to misuse or disclose the information to any other party, and I will not use the information for any other purpose(s) other than distribution of questionnaire.</i></p>	
_____ (Tandatangan) <i>(Signature)</i>	
Nama: <i>Name</i>	Tarikh: <i>Date</i>