

## SENARAI SEMAK PERMOHONAN BAHARU *CREDENTIALING* PROGRAM PERKHIDMATAN FARMASI

### UNTUK KEGUNAAN SEKRETARIAT *CREDENTIALING*

TARIKH TERIMA BORANG PERMOHONAN: .....

NO. RUJUKAN TERIMA BORANG PERMOHONAN: .....

NO. PENDAFTARAN *CREDENTIALING*: .....

BIL	PERKARA	SENARAI SEMAK
1.	Borang Permohonan Baharu <i>Credentialing</i> (1 salinan)	<input type="checkbox"/>
2.	Gambar berukuran passport (1 keping)	<input type="checkbox"/>
3.	Salinan sijil pengekalan tahunan	<input type="checkbox"/>
4.	Sijil latihan sangkutan atau surat lantikan sebagai preseptor	<input type="checkbox"/>
5.	Salinan kelayakan akademik tertinggi	<input type="checkbox"/>
6.	Dua (2) nama <i>referee</i> yang berkaitan dengan bidang pengiktirafan	<input type="checkbox"/>
7.	Ulasan ketua jabatan	<input type="checkbox"/>
8.	Sokongan Timbalan Pengarah Kesihatan Negeri Farmasi atau setaraf	<input type="checkbox"/>
9.	Laporan kemajuan selepas latihan sangkutan/posbasik	<input type="checkbox"/>
10.	Semua sijil atau dokumen sokongan yang berkaitan perlu disertakan	<input type="checkbox"/>

**Nota pesanan:**

- a. Kesilapan mengisi borang permohonan dan borang permohonan yang tidak lengkap akan mengakibatkan permohonan *credentialing* ditolak



## BORANG PERMOHONAN BAHARU *CREDENTIALING* PROGRAM PERKHIDMATAN FARMASI

BIDANG PENGIKTIRAFAN: TANDAKAN (✓) PADA YANG BERKENAAN

Amalan Farmasi

Penguatkuasaan Farmasi

Farmasi Regulatori

Lain-lain

BAHAGIAN A: DIISI OLEH PEMOHON

### 1. MAKLUMAT PERIBADI

NAMA : .....

NOMBOR K/P : .....

JAWATAN & GRED : .....

TAIKH LANTIKAN : .....

TEMPOH PERKHIDMATAN : .....

ALAMAT TEMPAT BERTUGAS : .....

ALAMAT SURAT MENYURAT : .....

NOMBOR TELEFON : PEJABAT: ..... TEL. BIMBIT: .....

E-MEL : ..... ALTERNATIF: .....

Gambar passport

### 2. PENDAFTARAN PROFESIONAL

PEGAWAI FARMASI

**\*Pendaftaran**

Nombor pendaftaran : .....

**\*Maklumat Sijil Pengkalan Tahunan**

Tahun Semasa : .....

Nombor Sijil : .....

*\*sila sertakan lampiran*

PENOLONG PEGAWAI FARMASI

**\*Pendaftaran**

Nombor pendaftaran: .....

*\*sila sertakan lampiran*

**3. KELAYAKAN AKADEMIK**

Diploma/Sarja Muda/Sarjana/ PhD	Institusi	Tahun Kelayakan

**4. PENGALAMAN BEKERJA (5 PENEMPATAN TERKINI TERMASUK CUTI BELAJAR DAN PETUKARAN DALAMAN)**

TEMPOH		BUTIRAN-BUTIRAN PENGALAMAN	
Dari	Hingga	Jab/Caw/Unit	Organisasi/Hospital

**5. BIDANG PENGIKTIRAFAN**

Pengkhususan:

.....

*(sila rujuk lampiran A untuk senarai lengkap bidang pengiktirafan)*

Nota: sila kemukakan dokumen lengkap bagi tujuan penilaian jawatankuasa

**6. NAMAKAN DUA REFEREE YANG BERKAITAN DENGAN BIDANG YANG INGIN DIKTIRAF**

Nama	Jawatan	Tempat bekerja

Dengan ini saya mengesahkan semua maklumat yang dikemukakan adalah benar.

Tandatangan pemohon: ..... Tarikh: .....

**BAHAGIAN B: ULASAN/ SOKONGAN KETUA JABATAN**

**1. ULASAN KETUA JABATAN**

Ulasan:

.....  
.....  
.....

\*sokong/ tidak sokong

.....

Tarikh: .....

Tandatangan /cap ketua jabatan

**2. SOKONGAN TIMBALAN PENGARAH FARMASI/ TIMBALAN PENGARAH KESIHATAN NEGERI FARMASI/ KETUA JABATAN FARMASI**

Ulasan:

.....  
.....  
.....

\*sokong/ tidak sokong

.....

Tarikh: .....

Tandatangan /Cap Rasmi

**SENARAI BIDANG *CREDENTIALING* BAGI  
PROGRAM PERKHIDMATAN FARMASI  
(KEMASKINI 23 JUN 2021)**

**AMALAN FARMASI**

**BIDANG UNTUK PEGAWAI FARMASI**

1. FARMAKOKINETIK KLINIKAL
2. FARMASI GERIATRIK
3. FARMASI KARDIOLOGI
4. FARMASI NEFROLOGI
5. FARMASI NUKLEAR
6. FARMASI NUTRISI PARENTERAL
7. FARMASI ONKOLOGI
8. FARMASI PSIKIATRIK
9. FARMASI RESPIRATORI
10. FARMASI RVD
11. FARMASI WAD (PEDIATRIK)
12. FARMASI WAD (PENJAGAAN RAPI ICU)
13. FARMASI WAD (PERUBATAN)
14. MTAC DIABETES
15. MTAC HEMOFILIA
16. MTAC WARFARIN
17. ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP (FARMASI)

**BIDANG UNTUK PENOLONG PEGAWAI FARMASI**

1. PERKHIDMATAN SEDIAAN FARMASEUTIKAL  
STERIL