|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| http://upload.wikimedia.org/wikipedia/ms/archive/9/93/20090423144020!Coat_of_arms_of_Malaysia.png  **BORANG FLL (I) - PERMOHONAN PENGIKTIRAFAN PREMIS DAN/ATAU PRESEPTOR BAGI LATIHAN PROVISIONAL SECARA LIBERALISASI**  **BAHAGIAN LEMBAGA FARMASI MALAYSIA (BLFM)** | | | |
| **Panduan/Syarat-syarat LFM (Baca dengan teliti sebelum mengisi borang)**   1. Borang ini adalah untuk memohon Pengiktirafan Premis baru, Pengiktirafan Preseptor baru, Pengiktirafan Premis & Preseptor Baru, Pengiktirafan Semula Preseptor dan Pertukaran Preseptor. 2. **Borang ini boleh dikemukakan berdasarkan tarikh yang dipaparkan di laman web** [**www.pharmacy.gov.my**](http://www.pharmacy.gov.my) **setiap tahun untuk Pengiktirafan Preseptor Baru & Pengiktirafan Semula Preseptor kecuali bagi permohonan Pengiktirafan Premis Baru & Pertukaran Preseptor boleh dikemukakan sepanjang tahun.** 3. Borang ini adalah *computer fillable.* Sila **isi secara elektronik** dengan lengkap, **cetak**, **tandatangan** dan kemukakan ke LFM bersama-sama dengan dokumen sokongan yang lengkap melalui **E-MEL SAHAJA** di alamat e-mel **latihan.prp@moh.gov.my** 4. Borang yang tidak lengkap tidak akan diproses dan akan mengakibatkan kelewatan dalam proses pengiktirafan premis dan/atau preseptor. 5. Sila semak dan baca dengan teliti **Panduan Pengendalian Latihan Provisional Ahli Farmasi Berdaftar Provisional (PRP) Secara Liberalisasi di bawah Lembaga Farmasi Malaysia**, **buku log** berkaitan dan juga **C*ode of Ethics for Pharmacists***di laman web [www.pharmacy.gov.my](http://www.pharmacy.gov.my) sebelum mengemukakan sebarang permohonan melalui borang ini.   Maksud simbol dalam di borang ini:  Image result for icon for instructionImage result for attachment iconImage result for icon for information  Informasi berhubung maklumat yang diisi  Dokumen sokongan yang telah **disahkan** perlu disertakan (dokumen boleh disahkan oleh mana-mana pegawai perubatan, Farmasi atau Majistret Makahmah)  Panduan ringkas bagi pengisian borang | | | |
| 1. **MAKLUMAT PERMOHONAN** | | | |
| 1 | Jenis Permohonan | :Choose an item. | |
| Sila pilih :   1. **Pengiktirafan Premis Baru** untuk menjalankan Latihan Provisional secara liberasasi bagi sesebuah premis yang telah pun mempunyai sekurang-kurangnya seorang preseptor 2. **Image result for icon for informationPengiktirafan Preseptor baru** sebagai preseptor di premis yang telah diiktiraf sebagai fasiliti latihan liberalisasi PRP (premis telah disenaraikan di laman web [www.pharmacy.gov.my](http://www.pharmacy.gov.my)) 3. **Pengiktirafan Premis & Preseptor Baru** bagi pengiktirafan kedua-dua premis dan ahli farmasi berdaftar penuh (FRP) sebagai fasiliti latihan liberalisasi dan preseptor masing-masing. 4. **Pengiktirafan Semula Preseptor** bagi pengitirafan semula preseptor yang telah tamat tempoh sah lakunya sebagai preseptor (tempoh sah laku preseptor adalah lma (5) tahun dari tarikh menghadiri TOP) 5. **Pertukaran Preseptor** bagi pertukaran preseptor yang telah diiktiraf ke premis lain yang telah diiktiraf. Sila isi maklumat premis baru di Bahagian B. Premis lama akan dibatalkan sebagai FLL sekiranya tidak memiliki preseptor yang diiktiraf oleh BLFM selepas pertukaran | | |
| 1. **MAKLUMAT PREMIS** | | | |
| 1 | Jenis Premis | : Choose an item. | |
| 2 | Nama Premis : Click or tap here to enter text. | | |
| Image result for attachment iconSertakan sesalinan sijil SSM yang disahkan. | | |
| 3 | Alamat Premis | : | |
| Bagi :   1. Image result for attachment icon**Farmasi Komuniti dan Hospital Swasta** sila sertakan sesalinan Lesen Racun Jenis A bagi tahun terkini/tahun permohonan (e.g sekiranya borang permohonan ini adalah bagi tahun 2020, sila sertakan Lesen Racun Jenis A (runcit atau runcit & borong sahaja) bagi tahun 2020) | | |
| 4 | Jenis Kelayakkan Premis | : Choose an item.  Bagi lain-lain, sila nyatakan : Click or tap here to enter text. | |
| Bagi :   1. Image result for attachment iconHospital Swasta sila sertakan Sijil MSQH, ACSH atau JCI 2. Industri Farmaseutikal Mengilang sila sertakan Sijil GMP 3. R&D Akademia sila sertakan sijil MQA 4. Farmasi Komuniti dan Industri Farmaseutikal Tidak Mengilang sila pilih ‘Tidak Berkenaan’ dan tidak perlu menyertakan sebarang dokumen sokongan | | |
| Image result for icon for information **Perhatian**: Dokumen sokongan bagi No.4 di Bahagian B hanya perlu disertakan sekiranya jenis permohonan yang dipilih di Bahagian A adalah Pengiktirafan Premis Baru atau Pengiktirafan Premis & Preseptor Baru. Permohonan jenis lain tidak perlu menyertakan sebarang dokumen sokongan. | | |
| 5 | Alamat E-Mel Syarikat : Click or tap here to enter text. | | |
| Image result for icon for informationAlamat e-mel ini akan disiarkan di laman web [www.pharmacy.gov.my](http://www.pharmacy.gov.my) sebagai e-mel perhubungan bagi PRP dengan premis/preseptor yang telah berjaya diiktiraf bagi latihan liberalisasi PRP. | | |
| 6 | No. Telefon Pejabat : Click or tap here to enter text. | | |
| 7 | Jenis Perkhidmatan ditawarkan di Premis bagi tujuan latihan PRP | : Choose an item.  : Choose an item.  : Choose an item.  : Choose an item.  : Choose an item.  : Choose an item.  : Choose an item.  : Choose an item.  : Choose an item. | |
| Image result for icon for informationSila senaraikan perkhidmatan-perkhidmatan yang sedia ada di premis bagi tujuan latihan PRP sepertimana disebut di buku log yang berkaitan. Sila rujuk pada buku log berkaitan di laman web [www.pharmacy.gov.my](http://www.pharmacy.gov.my) untuk mengenalpasti perkhidmatan wajib yang perlu disediakan di premis bagi pengiktirafan sebagai fasiliti latihan liberalisasi. | | |
| 1. **MAKLUMAT PEMOHON SEBAGAI PRESEPTOR**   Image result for icon for instruction**Sila klik pada + di hujung No.13 bagi penambahan pemohon sebagai preseptor (jika ada dua (2) atau lebih pemohon di sesebuah premis untuk diiktiraf sebagai preseptor/ pengitirafan semula preseptor)** | | | |
| 1 | Nama Penuh Pemohon | : Click or tap here to enter text. | |
| 2 | No. Kad Pengenalan | : Click or tap here to enter text. | |
| 3 | No. Sijil Pendaftaran Penuh (FRP) | : Click or tap here to enter text. | |
| 4 | No. Sijil Tahunan Ahli Farmasi (AC) terkini | : Click or tap here to enter text. | |
| Image result for icon for informationSila isi No. AC bagi tahun terkini / tahun permohonan (e.g sekiranya borang permohonan ini dikemukakakan pada tahun 2020, sila isi No. AC bagi tahun 2020 | | |
| 5 | Mata CPD | : Click or tap here to enter text. | |
| Image result for icon for information Sila isi jumlah mata CPD yang telah dikumpul bagi tahun sebelumnya. (e.g sekiranya borang permohonan ini dikemukakan pada tahun 2020 sila isi jumlah mata CPD yang telah dikumpul bagi tahun 2019.) | | |
| 6 | Alamat Kediaman | : Click or tap here to enter text. | |
| 7 | Alamat Surat-menyuarat | : Click or tap here to enter text. | |
| 8 | Tempoh Pengalaman berkerja di Bidang berkaitan | : Choose an item. | |
| Sila sertakan salinan dokumen bukti bagi tempoh pengalaman berkerja.  Bagi:   1. **Image result for attachment iconFarmasi Komuniti** dan **Hospital swasta** sila kemukakan: 2. Salinan surat tawaran berkerja yang disahkan DAN 3. Lesen Racun Jenis A (runcit dan/atau runcit & borong sahaja) yang disahkan untuk 3 tahun dalam tempoh lima (5) tahun terkini tidak termasuk lesen yang dikeluarkan bagi tahun permohonan (e.g: sekiranya pemohon mengemukakan borang ini pada tahun 2020, lesen racun Jenis A yang perlu disertakan adalah untuk mana-mana tiga (3) tahun dalam tempoh lima (5) tahun terkini iaitu bermula dari 2015 sehingga 2019 dan tidak termasuk tahun memohon iaitu tahun 2020. 4. **Industri Farmaseutikal Mengilang, Industri Farmaseutikal Tidak Mengilang** dan **R&D Akademia** sila kemukakan: 5. Salinan surat tawaran berkerja yang disahkan DAN 6. Surat pengesahan majikan yang mengesahkan tempoh pengalaman berkerja di sesebuah premis (sekiranya tempoh pengalaman minimum 3 tahun hanya dapat dicapai dengan kombinasi tempoh berkerja di dua syarikat yang berbeza (jenis premis yang sama) , pemohon perlu mendapatkan surat pengesahan tersebut daripada kedua-dua majikan yang terlibat (e.g bagi pemohon yang telah berkerja selama satu tahun di Industri Mengilang A dan selama 2 tahun di Industri Mengilang B, perlu mendapatkan surat pengesahan tempoh berkerja daripada kedua-dua majikan A dan B.)) | | |
| 9 | Tarikh Menghadiri TOP (Jika berkaitan) | : Click or tap to enter a date. | |
| **Image result for attachment icon** Sila sertakan sesalinan sijil kehadiran TOP yang disahkan | | |
| 10 | Alamat E-mel | : Click or tap here to enter text. | |
| 11 | No. Tel Bimbit : Click or tap here to enter text. | | |
| 12 | **Perakuan Preseptor (Sila baca dan tanda di kotak yang disediakan sebelum tandatangan):**  Saya mengaku bahawa saya tidak pernah di dakwa di mahkamah bagi sebarang kesalahan dan/atau terlibat dalam sebarang kes yang masih berada di bawah siasatan dalam tempoh lima (5) tahun kebelakangan ini di bawah Akta- akta Perundangan Farmasi. | | |
| 13 | T/tangan Preseptor:  Cop Rasmi:  Tarikh : | | |
| **D. MAKLUMAT MAJIKAN** | | | |
| 1 | Nama Pemilik Premis | : Click or tap here to enter text. | |
| 2 | No. Kad Pengenalan | : Click or tap here to enter text. | |
| 3 | No Telefon Pejabat | : Click or tap here to enter text. |  |
| 4 | No. Telefon Bimbit: | : Click or tap here to enter text. |  |
| 5 | E-mel | : Click or tap here to enter text. | |
| 6 | **Perakuan Majikan/Pemilik Premis (Sila baca dan tanda di kotak yang disediakan sebelum tandatangan):**  Saya mengaku bahawa selaku majikan/pemilik premis dengan butiran seperti di Bahagian B tidak pernah di dakwa di mahkamah bagi sebarang kesalahan dan/atau terlibat dalam sebarang kes yang masih berada di bawah siasatan dalam tempoh lima (5) tahun kebelakangan ini di bawah Akta- akta Perundangan Farmasi. | | |
| 7 | T/tangan Pemilik/Majikan:  Cop Rasmi:  Tarikh : | | |
| Image result for icon for informationSekiranya pemohon adalah pemilik/majikan premis, kedua-dua Bahagian C dan D perlu ditandatangani oleh pihak yang sama | | |