

SENARAI SEMAK PERMOHONAN PENGEKALAN PENGIKTIRAFAN CREDENTIALING

FARMASI KLINIKAL

Bil.	Perkara	Ada /Tiada
1	Borang Permohonan Pengekalan <i>Credentialing</i> (1 salinan)	
2	Salinan Sijil Pengekalan tahunan <i>Credentialing</i>	
3	Salinan sijil aktiviti ceramah/pembentangan/penerbitan	
4	Lain-lain Sokongan (Contoh : Post –graduate degree)	Sekiranya ada, nyatakan:



**BORANG PENGEKALAN *CREDENTIALING* PROGRAM
PERKHIDMATAN FARMASI**

MAKLUMAT BIDANG

Bidang pengkalan :
credential yang dipohon
Tahun *credentialing* :
diperaku dalam bidang
No. Sijil :

MAKLUMAT PERIBADI

Nama pemohon :
No. Kad pengenalan :
Jawatan & gred :
Alamat tempat bertugas :
.....
.....
Alamat tempat kediaman :
.....
.....
Alamat surat-menyurat :
.....
.....
No. Telefon : Pejabat:..... Tel. Bimbit:.....
Emel :
Maklumat sijil pengkalan : No. Sijil:..... Tahun:.....
amalan

KELAYAKAN AKADEMIK (DISUSUN DARI TAHUN TERKINI)		
Sarjana Muda/ Sarjana/ lain-lain	Institusi	Tahun kelayakan

PENGALAMAN BEKERJA (3 TAHUN TERKINI, TIDAK TERMASUK PRP BAGI PEGAWAI FARMASI)			
Tempoh		Butir-butir pengalaman	
Dari	Hingga	Jab/ Caw/ Unit	Organisasi/ Hospital

SENARAI PEMBENTANGAN/ PENERBITAN/ CERAMAH (3 TAHUN TERKINI)		
Tajuk	Tarikh	Tempat

SILA NAMAKAN DUA REFEREE YANG BERKAITAN DENGAN BIDANG YANG INGIN DIKTIRAF

Nama	Jawatan	Tempat bertugas

PERAKUAN PEMOHON

Dengan ini saya mengesahkan bahawa semua maklumat yang dikemukakan adalah benar.

Tandatangan Pemohon: Tarikh:.....

ULASAN/SOKONGAN KETUA JABATAN

Ulasan :

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

Tarikh :

Tandatangan:

Nama:

Cop:

ULASAN/SOKONGAN TIMBALAN PENGARAH KESIHATAN NEGERI

Ulasan :

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

Tarikh :

Tandatangan:

Nama:

Cop: