

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

### UNTUK KEGUNAAN SEKRETARIAT *CREDENTIALING*

TARIKH TERIMA BORANG PERMOHONAN: .....

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

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

NO. PENGEKALAN *CREDENTIALING*: .....

TAHUN PENGEKALAN: .....

#### BIL PERKARA

#### SENARAI SEMAK

1. Borang Permohonan Pengekalan *Credentialing* (**1 salinan**)
2. Salinan sijil pengekalan tahunan *credentialing*
3. Salinan sijil aktiviti (ceramah/pembentangan/penerbitan)
4. Dua (2) nama *referee* yang berkaitan dengan bidang pengiktirafan
5. Ulasan ketua jabatan
6. Sokongan Timbalan Pengarah Kesihatan Negeri Farmasi atau setaraf
7. Sijil atau dokumen sokongan yang berkaitan




## BORANG PERMOHONAN PENGEKALAN *CREDENTIALING* PROGRAM PERKHIDMATAN FARMASI

### MAKLUMAT BIDANG

BIDANG PENGEKALAN DIMOHON:.....

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

### BAHAGIAN A: DIISI OLEH PEMOHON

#### 1. MAKLUMAT PERIBADI

NAMA : .....

: .....

NOMBOR K/P : .....

JAWATAN & GRED : .....

TAIKH LANTIKAN : .....

TEMPOH PERKHIDMATAN : .....

ALAMAT TEMPAT BERTUGAS : .....

: .....

: .....

: .....

ALAMAT SURAT MENYURAT : .....

: .....

: .....

: .....

#### 2. PENDAFTARAN PROFESIONAL

PEGAWAI FARMASI

PENOLONG PEGAWAI FARMASI

##### \*Pendaftaran

Nombor pendaftaran : .....

##### \*Maklumat Sijil Pengekalan Tahunan

Tahun Semasa : .....

Nombor Sijil : .....

*\*sila sertakan lampiran*

##### \*Pendaftaran

Nombor pendaftaran: .....

*\*sila sertakan lampiran*

**3. KELAYAKAN AKADEMIK**

Diploma/Sarja Muda/Sarjana/ PhD	Institusi	Tahun Kelayakan

**4. AKTIVITI PENGEKALAN CREDENTIALING****A. PEMBENTANGAN/CERAMAH**

TAJUK	NAMA PROGRAM	TARIKH	PERINGKAT

**B. PENERBITAN**

TAJUK	NAMA PROGRAM	TARIKH	PERINGKAT

**5. NAMAKAN DUA REFEREE YANG BERKAITAN DENGAN BIDANG YANG INGIN DIKTIKRAF**

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: .....

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

Ulasan:

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

\*sokong/ tidak sokong

.....

Tarikh: .....

Tandatangan /Cap Rasmi