



**Borang Permohonan Peruntukan Pembiayaan
Yuran Pendaftaran bagi Pembentangan Hasil Penyelidikan Farmasi
secara Lisan di Persidangan Antarabangsa**

SENARAI SEMAK	
1.	Borang D-FR-16/2 yang lengkap
2.	Pemohon ialah anggota Program Perkhidmatan Farmasi (PPF) yang sedang bertugas di fasiliti Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM)
3.	Pembentangan merupakan hasil daripada penyelidikan yang dilaksanakan oleh pemohon semasa bertugas di fasiliti KKM
4.	Penyelidikan telah berdaftar dengan <i>National Medical Research Register</i> (NMRR) dengan lengkap dan nombor NMRR disertakan
5.	Surat kelulusan daripada Jawatankuasa Etika dan Penilaian Perubatan (Medical Research and Ethics Committee), KKM ^
6.	Penyelidikan tersenarai dalam Pangkalan Data Penyelidikan Farmasi, PPF, KKM
7.	Surat kelulusan Ketua Pengarah Kesihatan untuk membentangkan hasil penyelidikan daripada Institut Kesihatan Negara (NIH) ^
8.	Pembentangan penyelidikan belum pernah dibiayai oleh Program Perkhidmatan Farmasi, KKM
9.	Dokumen daripada pihak penganjur yang mengesahkan pembentangan secara lisan (surat atau e-mel) ^
10.	Maklumat pembayaran yuran pendaftaran persidangan daripada penganjur (sebutharga atau invois yang lengkap dengan nama bank dan nombor akaun bank) ^
11.	Abstrak pembentangan penyelidikan ^
12.	CV pemohon ^

^ Sila lampirkan bersama borang permohonan

Sila hantar borang permohonan dan dokumen sokongan melalui pos / e-mel kepada:

Pengarah,
Bahagian Dasar dan Perancangan Strategik Farmasi,
Kementerian Kesihatan Malaysia,
Lot 36, Jalan Prof Diraja Ungku Aziz,
46200 Petaling Jaya, Selangor.
rndfarmasi@moh.gov.my

BAHAGIAN 1: DILENGKAPKAN OLEH PEMOHON	
A. BUTIRAN PEMOHON	
Nama Penuh:	
Jawatan:	Gred:
Tempat Bertugas:	
Alamat E-mel:	Nombor Telefon Bimbit:
B. BUTIRAN PEMBENTANGAN	
Tajuk Pembentangan:	
Nombor NMRR Penyelidikan:	
Domain <i>Pharmacy Research Priorities in Malaysia</i> :	
Peranan Pembentang: * Penyelidik Utama / Penyelidik Bersama	
Nama Persidangan:	
Tempat Persidangan:	Tarikh Persidangan:
Yuran Pendaftaran (*USD / EUR / _____):	Anggaran Yuran Pendaftaran (RM):
C. PENGESAHAN PEMOHON	
Saya dengan ini mengesahkan bahawa saya ialah anggota Program Perkhidmatan Farmasi yang sedang bertugas di fasiliti Kementerian Kesihatan Malaysia dan pembentangan ini merupakan hasil daripada penyelidikan yang saya laksanakan semasa bertugas di fasiliti KKM.	
Tandatangan:	Cop Rasmi Jawatan:
Tarikh:	
D. PENGESAHAN KETUA CAWANGAN / KETUA JABATAN FARMASI	
Tandatangan:	Cop Rasmi Jawatan:
Tarikh:	
E. PENGESAHAN PENGARAH BAHAGIAN / TIMBALAN PENGARAH KESIHATAN NEGERI (FARMASI) / TIMBALAN PENGARAH (FARMASI) / PENGARAH INSTITUSI	
Tandatangan:	Cop Rasmi Jawatan:
Tarikh:	

* Sila potong mana yang tidak berkenaan.

BAHAGIAN 2: DILENGKAPKAN OLEH PROGRAM PERKHIDMATAN FARMASI, KKM	
F. SEMAKAN SEKRETARIAT R&D FARMASI	
Tarikh Diterima:	Nombor Permohonan:
Ulasan	1. Semua kriteria permohonan dipenuhi. <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak 2. Maklumat permohonan dan dokumen sokongan lengkap. <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak 3. Baki peruntukan mencukupi. <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak (Baki peruntukan : RM) 4. Lain-lain :
G. PENILAIAN	
Hasil penilaian permohonan:	_____ markah
Permohonan disokong:	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Ulasan:	
Tandatangan Sekretariat:	Cop Rasmi Jawatan:
Tarikh:	
H. KELULUSAN PENGARAH BAHAGIAN DASAR & PERANCANGAN STRATEGIK FARMASI, KKM	
Permohonan diluluskan:	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Ulasan:	
Tandatangan Pengarah:	Cop Rasmi Jawatan:
Tarikh:	