

**KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA
LEMBAGA JURURAWAT MALAYSIA**

MAKLUMAT PENGAJAR, KLINIKAL INSTRUKTUR DAN PELAJAR

TEMPOH : JANUARI HINGGA JUN TAHUN _____

JULAI HINGGA DISEMBER TAHUN _____

INSTITUSI PENGAJIAN : _____

JENIS PROGRAM : _____

KETUA PROGRAM : _____

1. Maklumat Mengenai Tenaga Akademik Kejururawatan (Pensyarah / Pengajar) dan Jumlah: _____

Bil	Nama Pegawai	No. K.P.	Tarikh Tamat Kursus					Tempoh Pengalaman Bekerja di Kawasan Klinikal	No APC / TPC	Tarikh Luput Permit Mengajar	Kewarganegaraan	Status (Sepenuh/ Separuh Masa)	Subjek Yang Diajar
			Diploma	* Pos Basik	*Ijazah	*Sarjana / PHD	Teaching Methodology						

* Sila nyatakan jenis program.

2. Maklumat Mengenai Tenaga Akademik Bukan Kejururawatan (Pensyarah / Pengajar) dan Jumlah: _____

Bil	Nama Pegawai	No. K.P.	Tarikh Tamat Kursus				Teaching Methodology	Tempoh Pengalaman Bekerja di Kawasan Klinikal	No APC / TPC	Tarikh Luput Permit Mengajar	Kewarganegaraan	Status (Sepenuh/ Separuh Masa)	Subjek Yang Diajar
			Diploma	* Pos Basik	*Ijazah	*Sarjana / PHD							

* Sila nyatakan jenis program.

 Tidak perlu diisi

3. Maklumat Mengenai Klinikal Instruktur dan Jumlah: _____

Bil	Nama Pegawai	No. K.P.	Tarikh Tamat Kursus				Teaching Methodology	Tempoh Pengalaman Bekerja di Kawasan Klinikal	No APC / TPC	Tarikh Luput Permit Mengajar	Kewarganegaraan	Status (Sepenuh/ Separuh Masa)	Subjek Yang Diajar
			Diploma	* Pos Basik	*Ijazah	*Sarjana / PHD							

* Sila nyatakan jenis program.

 Tidak perlu diisi

4. Maklumat Mengenai Pelajar Keseluruhan Yang ada di Kolej : _____
 Kuota pengambilan pelajar yang diluluskan (setahun) : _____
 Kekerapan dan bulan pengambilan pelajar setahun : _____
 Jumlah Pelajar Sedia ada : _____

 Jenis Program : _____

Bil	Tarikh Dan Tahun Pengambilan	Semester	Jantina		Kumpulan Etnik						Jumlah Pelajar	Tajaan
			Lelaki	Perempuan	Melayu	Cina	India	Sabahan	Sarawakian	*Lain lain		
JUMLAH BESAR												

Nota: Sila isi borang yang berlainan bagi setiap program.

* **Termasuk pelajar antarabangsa**

5. Penempatan klinikal pelajar di Hospital dan Klinik Kesihatan yang telah diluluskan dan mempunyai MOA

HOSPITAL						KLINIK KESIHATAN		
Bil.	Nama Hospital	Negeri	KKM / Swasta	Bilangan Katil		Bil.	Nama Klinik Kesihatan	Negeri

Nota: Sila isi borang yang berlainan bagi setiap program.

6. Maklumat Keseluruhan Program Kejururawatan

Bil.	Kod Pusat	Program	Kuota (Setahun)	Jumlah Pengajar Tetap	Jumlah Instruktur Klinikal	Jumlah Pelajar	Nisbah Pengajar ke Pelajar	Nisbah Instruktur Klinikal ke Pelajar

Pegawai IPT untuk dihubungi

Nama :

Jawatan :

No. Telefon :