

**BORANG PERMOHONAN MENJALANI POSTING ELEKTIF DI FASILITI
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**

NOTA:

- a. Anda perlu mengisi penuh semua ruangan wajib bertanda *; dan
b. Sila isi dalam DUA salinan.

1. Maklumat Peribadi:

1.1 Nama penuh menurut Kad Pengenalan atau Paspot * : _____

1.2 a. No. Kad Pengenalan (Warga Malaysia) : Lama * : _____ Baru * : _____

b. No. Paspot * (Bukan Warga Malaysia) : _____

1.3 No. Telefon * : _____ 1.4 Alamat Emel : _____

1.5 Alamat Rumah * : _____

_____ Poskod: _____

1.6 Alamat Surat-Menyurat * : _____

1.7 Nama waris terdekat * : _____

Alamat waris terdekat * : _____

_____ Poskod : _____

2. Latarbelakang Akademik:

2.1 Nama Institusi Pengajian Perubatan * : _____

_____ Poskod: _____

2.2 Tahun Pengajian * : _____

2.3 Tahun Dijangka Bergraduasi * : _____

2.4 Nyatakan pengalaman klinikal anda sehingga kini, jika ada:

Tarikh	Disiplin	Tempoh

3. Maklumat Posting Elektif Yang Dipohon :

3.1 Tempoh Posting Elektif *:

Dari *:/...../..... Hingga :/...../..... (Jumlah = _____ Minggu)
 (Jumlah keseluruhan posting hendaklah **tidak melebihi ENAM minggu**. Tempoh minima bagi setiap disiplin hendaklah **tidak kurang dari TIGA minggu**).

3.2 Posting Pilihan *:

Sila nyatakan tidak lebih dari tiga disiplin menurut keutamaan:

a. _____

b. _____

c. _____

NOTA : Pihak berkuasa berhak menentukan mana-mana disiplin tanpa merujuk kepada permohonan anda.

4. Bersama-sama ini saya kemukakan:

- a. Salinan pendua kad pengenalan (bagi warganegara) atau paspot (bagi bukan warganegara) yang disahkan; dan
- b. Surat sokongan dari Dekan.

5. Pengakuan:

Saya dengan ini sesungguhnya mengaku bahawa:

- a. semua maklumat yang dinyatakan di atas adalah benar;
- b. saya telah membaca dan memahami semua peraturan berkaitan posting elektif dan bersetuju untuk mematuhi semua peraturan yang berkuatkuasa atau yang dikuatkuasakan dari masa ke semasa selepas pengakuan ini dibuat; dan
- c. tidak akan menyalahkan dan juga mengambil tindakan terhadap pihak klinik, hospital dan/atau Kementerian Kesihatan Malaysia di atas sebarang kecederaan atau kemudaratan yang dialami semasa menjalani posting elektif.

Terima kasih.**Tandatangan Pemohon *:** **Tarikh *:**/...../.....

Sila lengkapkan borang ini dan kemukakan kepada Pengarah Kesihatan Negeri atau Institusi yang dipohon dan kembalikan surat dari institusi pengajian anda.