

**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 Bergraduat \* : \_\_\_\_\_
- 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.**