

**SENARAI SEMAK PERMOHONAN PEMBAHARUAN SIJIL (RE-CREDENTIALING)  
ENDOSCOPY BAGI PROFESION PENOLONG PEGAWAI PERUBATAN DAN  
JURURAWAT**

Sila tandakan ✓ jika berkenaan dalam kotak yang disediakan:

Bil.	Maklumat	Tandakan ✓
1.	Borang permohonan baru <b>APPLICATION FOR RENEWAL OF CREDENTIALING CERTIFICATE Rcred 1- (2018)</b> diisi dengan lengkap oleh pemohon dan mesti mendapatkan sokongan serta ditandatangani oleh:- a. <b>Hospital berpakar</b> : Ketua Jabatan b. <b>Hospital tanpa pakar</b> : Pakar Perunding Lawatan Klinikal	<input type="checkbox"/>
2.	Salinan Sijil Perlu <b>Disahkan</b> Oleh Pegawai Pengurusan & Profesional (U41 ke atas):-	
	2.1 Perakuan Pendaftaran Tahunan <i>Annual Practising Certificate (APC)</i> Jururawat - (APC tahun terkini).*	<input type="checkbox"/>
	2.2 Sijil <i>Credentialing</i> yang bakal tamat tempoh.	<input type="checkbox"/>

**Nota :** \*Borang permohonan bagi Memperbaharui Sijil Credentialing mesti dipohon dan dihantar 6 (enam) bulan sebelum tarikh tamat tempoh Sijil Credentialing.

\*\*Sijil Credentialing tamat tempoh melebihi 1 tahun perlu membuat permohonan baru.

Borang Permohonan Credentialing boleh dimuat turun dari portal KKM:  
[www.moh.gov.my](http://www.moh.gov.my).- Credentialing Assistant Medical Officer & Nurses

**Alamat untuk menghantar Borang Permohonan :**

**1) PENOLONG PEGAWAI PERUBATAN**

KETUA PENOLONG PEGAWAI PERUBATAN  
CAW.PERKHIDMATAN PENOLONG PEGAWAI  
PERUBATAN BAHAGIAN AMALAN PERUBATAN  
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA  
ARAS 6, BLOK E1, KOMPLEKS E, PRESINT 1  
PUSAT PENTADBIRAN KERAJAAN PUTRAJAYA  
625920 PUTRAJAYA

Tel : 03 8883 1370  
Faks : 03 8883 1490

**2) JURURAWAT**

PENGARAH  
BAHAGIAN KEJURURAWATAN  
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA  
LOBI 3, ARAS 3, BLOK E7, KOMPLEKS E, PRESINT 1  
PUSAT PENTADBIRAN KERAJAAN PUTRAJAYA  
625920 PUTRAJAYA

Tel : 03 8883 3543/3544  
Faks : 03 8890 4149

Disemak oleh : .....  
(Cop Nama Penyelia)

No Telefon Penyelia : .....



**DECLARATION**

I request to renew my credentialing certificate in the above area for a period of 3 years.  
I hereby declare the information given is correct.

Date: ..... Applicant's Signature.....

**RECOMMENDATION BY HEAD OF DEPARTMENT/ VISITING CLINICAL SPECIALIST**

I certify that the above information is correct and this application is:

- recommended
- not recommended.

..... Date : .....  
Signature  
Official stamp :

**DECISION OF SPECIALTY SUB-COMMITTEE (SSC)**

This application is  Approved  Deferred\*  Rejected\*

\*Reasons: .....  
.....  
.....

Signature ..... Date .....

The above decision will be forwarded to the National Credentialing Committee (NCC) meeting for endorsement.