



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA
MINISTRY OF HEALTH OF MALAYSIA
Bahagian Pengurusan Latihan
Training Division
Aras 3 dan 6, Menara Prisma
No. 26 Persiaran Perdana, Presint 3
Pusat Pentadbiran Kerajaan Persekutuan
62675 PUTRAJAYA
MALAYSIA

Tel : 603-8000 8000
Faks (Fax) : 603-8885 0748
Laman Web (Web) : latihan.moh.gov.my

Ruj. Kami : KKM500-3/4/9 Jld. 14
Tarikh : 3 April 2019

SEPERTI DI SENARAI EDARAN

YBhg. Datuk/ Dato'/ Datin/ Tuan/ Puan,

**PEMAKLUMAN TAWARAN BIASISWA SEAMEO TROPED NETWORK DAN
PENCALONAN UNTUK MENGHADIRI KURSUS DIPLOMA IN APPLIED
PARASITOLOGY AND ENTOMOLOGY (DAP&E) PADA 15 JULAI 2019 HINGGA 21
DISEMBER 2019 DI INSTITUT PENYELIDIKAN PERUBATAN (IMR), KUALA LUMPUR**

Dengan segala hormatnya saya merujuk perkara di atas.

2. Sukacita dimaklumkan bahawa *Secretary General/Coordinator* SEAMEO TROPED Network, Bangkok menerusi Institut Penyelidikan Perubatan Malaysia (IMR), Kuala Lumpur telah mempelawa peserta dari Kementerian Kesihatan Malaysia yang berkecenderungan untuk memohon tawaran Biasiswa SEAMEO TROPED Network bagi mengikuti kursus *Diploma In Applied Parasitology And Entomology (DAP&E)* Pada 15 Julai 2019 Hingga 21 Disember 2019 di Institut Penyelidikan Perubatan (IMR), Kuala Lumpur.

3. Syarat-syarat permohonan dan tatacara untuk mengemukakan permohonan adalah seperti di Lampiran A. Permohonan yang lengkap hendaklah dihantar sebelum atau pada **10 Mei 2019** kepada:

Unit Program Kepakaran 2
Cawangan Pentadbiran dan Pengurusan Latihan
Bahagian Pengurusan Latihan, KKM
Aras 6, No 26, Persiaran Perdana, Presint 3
62675, Putrajaya
(u/p: En. Mohd Akbal Bin Ghazali)



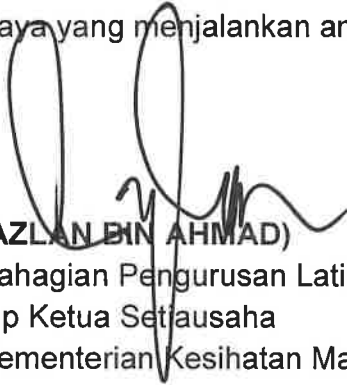
CERTIFIED TO ISO 9001:2015
CERT NO : QMS 01948

4. Kerjasama YBhg. Datuk/ Dato'/ Datin/ Tuan/ Puan adalah dipohon untuk memaklumkan tawaran ini kepada semua penjawat awam yang beminat dan berkecenderungan di Jabatan/Bahagian/Agensi YBhg. Datuk/ Dato'/ Datin/ Tuan/ Puan untuk memohon tawaran biasiswa ini.

Sekian, terima kasih.

“BERKHIDMAT UNTUK NEGARA”

Saya yang menjalankan amanah,



(AZLAN BIN AHMAD)
Bahagian Pengurusan Latihan
b.p Ketua Setiausaha
Kementerian Kesihatan Malaysia

s.k.

Timbalan Ketua Setiausaha (Pengurusan)
Kementerian Kesihatan Malaysia

Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Perubatan)
Kementerian Kesihatan Malaysia

Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Kesihatan Awam)
Kementerian Kesihatan Malaysia

Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Sokongan&Teknikal)
Kementerian Kesihatan Malaysia

Pengarah Kanan
Bahagian Kesihatan Pergigian
Kementerian Kesihatan Malaysia

Pengarah Kanan
Bahagian Perkhidmatan Farmasi
Kementerian Kesihatan Malaysia

Pengarah
Bahagian Sains Kesihatan Bersekutu
Kementerian Kesihatan Malaysia

Pengarah Kanan
Bahagian Keselamatan Dan Kualiti Makanan
Kementerian Kesihatan Malaysia

Pengarah
Bahagian Kejururawatan
Kementerian Kesihatan Malaysia

Semua Timbalan Pengarah Kesihatan Negeri (Pengurusan)

SENARAI EDARAN

Semua Pengarah Bahagian
Kementerian Kesihatan Malaysia

Semua Setiausaha Bahagian
Kementerian Kesihatan Malaysia

Semua Pengarah Kesihatan Negeri
Jabatan Kesihatan Negeri
Kementerian Kesihatan Malaysia

Semua Pengarah Hospital
Kementerian Kesihatan Malaysia

Pengarah Institusi - Institusi Latihan KKM

SYARAT-SYARAT PERMOHONAN

1. Pemohon-pemohon hendaklah memenuhi syarat-syarat berikut :
 - a) Pegawai kerajaan Kumpulan Pengurusan dan Profesional yang sedang dalam perkhidmatan tetap;
 - b) Telah disahkan dalam skim perkhidmatan semasa pada tarikh tutup permohonan;
 - c) Telah berkhidmat sekurang-kurangnya selama tiga (3) tahun pada tarikh tutup permohonan;
 - d) Umur tidak melebihi 46 tahun pada tarikh tutup permohonan;
 - e) Mempunyai penguasaan Bahasa Inggeris yang baik;
 - f) Mempunyai prestasi cemerlang dengan purata markah Laporan Penilaian Prestasi Tahunan (LNPT) bagi tiga (3) tahun terakhir berturut-turut (2016, 2017 dan 2018) tidak kurang daripada 85% (penilaian genap 12 bulan bagi setiap tahun);
 - g) Bersih daripada pertuduhan / tindakan tatatertib dan bebas daripada dakwaan mahkamah;
 - h) Tiada mengikuti kursus pendek di luar negara dalam tempoh satu (1) tahun kebelakangan atau kursus panjang dalam tempoh dua (2) tahun kebelakangan (dikira dari tarikh tutup permohonan);
 - i) Kursus yang diikuti adalah bersesuaian dengan bidang tugas;
 - j) Mempunyai kelayakan Ijazah dalam bidang Perubatan, Biologi atau Sains Kesihatan; dan
 - k) Mempunyai pengalaman dalam bidang mikrobiologi atau bidang-bidang yang berkaitan.

TATACARA PERMOHONAN

1. Calon perlu melengkapkan dan menyediakan dokumen-dokumen berikut:-
 - a) Dua (2) set Borang Permohonan KKM (BPL) LDP 2018;
 - b) Tiga (3) set Borang Permohonan Biasiswa SEAMEO TROPMED yang disokong oleh Ketua Jabatan/ Unit;
 - c) Satu (1) salinan Sijil Akademik (termasuk kelayakan Bahasa Inggeris) dan Rekod Transkrip yang telah disahkan;
 - d) Satu (1) set borang Perakuan Sijil Kesihatan (*Certificate of Health*);
 - e) Satu (1) salinan Buku Perkhidmatan yang terkini dan disahkan; dan
 - f) Satu (1) senarai tugas terkini.

2. Permohonan dengan dokumen yang tidak lengkap dan tidak memenuhi syarat kelayakan yang ditetapkan tidak akan diproses untuk tujuan pertimbangan.

3. Sebarang pertanyaan berkaitan permohonan ini boleh dirujuk ke Program Kepakaran 2, Bahagian Pengurusan Latihan, KKM seperti berikut:-

Urusetia Tajaan Asing/Luar
No. Telefon: 03-8885 0660
No. Faks: 03-8885 0746
Email: noorul.hidayah@moh.gov.my



INSTITUT PENYELIDIKAN PERUBATAN
(Institute For Medical Research)
Jalan Pahang
50588 Kuala Lumpur
MALAYSIA

Telefon : 03-2616 2666
Faks : 03-2693 9335
<http://www.imr.gov.my>

Ruj : IMR/SEAMEO/DAP&E/2019/01 (01)
Tarikh : 1 April 2019

Ketua Setiausaha,
Kementerian Kesihatan Malaysia,
Bahagian Pengurusan Latihan,
Aras 6, No: 26, Persiaran Perdana, Presint 3,
Pusat Pentadbiran Kerajaan Persekutuan,
62675 Putrajaya
(u.p : Pn. Jaarah binti Mat)

Tuan,

**MEMAKLUMKAN BIASISWA SEAMEO TROPMED NETWORK DAN
PENCALONAN UNTUK MENGHADIRI KURSUS 'DIPLOMA IN APPLIED
PARASITOLOGY AND ENTOMOLOGY (DAP&E)', PADA 15 JULAI 2019
HINGGA 21 DISEMBER 2019 DI INSTITUT PENYELIDIKAN PERUBATAN (IMR),
KUALA LUMPUR**

Saya dengan hormatnya merujuk kepada perkara tersebut diatas.

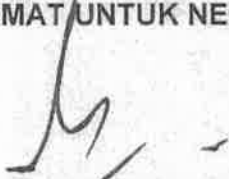
2. Dengan sukacita saya ingin memaklumkan bahawa satu biasiswa akan ditawarkan kepada peserta Malaysia untuk mengikuti Kursus DAP&E 2019. Kursus ini adalah Post Graduate Diploma, akan bermula pada 15 Julai 2019 hingga 21 Disember 2019 dan berlangsung selama 5 bulan.
3. Sehubungan dengan itu, pihak kami meminta jasa baik tuan untuk menghebahkan makluman ini kepada Jabatan yang berkaitan di Kementerian Kesihatan Malaysia. Bersama ini saya sertakan risalah kursus DAP&E 2019 untuk makluman dan tindakan selanjutnya.
4. Untuk makluman pihak tuan, satu biasiswa ini boleh dikongsi sama oleh 4 atau 5 peserta Malaysia. Permohonan yang menepati keperluan untuk menjalani kursus, dan diterima oleh pihak tuan, perlu dihantar ke IMR untuk tindakan selanjutnya.
5. Seorang calon dikehendaki mengisi:
 - i) Borang permohonan SEAMEO TROPMED sebanyak 2 salinan yang disokong oleh Ketua Jabatan / Unit, Ketua Jabatan atau mana mana pihak yang berkaitan dengan pemohon. Bersama ini disertakan borang permohonan.

- ii) Menyertakan salinan sijil akademik dan rekod transkrip
- iii) Sijil Kesihatan

Segala kerjasama tuan amat kami hargai dan didahului dengan ucapan ribuan terima kasih.

Sekian.

'BERKHIDMAT UNTUK NEGARA'



(DATO' DR. FADZILAH KAMALUDIN)
Pengarah Institut Penyelidikan Perubatan, dan
SEAMEO TROPMED Network Malaysia
Institut Penyelidikan Perubatan
50588 Jalan Pahang
Kuala Lumpur

Tel : 03-2616 2602
Email : fadzilah@imr.gov.my

SEAMEO Regional Tropical Medicine & Public Health Network (SEAMEO TROPMED)

PERSONAL DATA/APPLICATION FORM

(Please TYPE or PRINT in Duplicate)

Course Title : _____

Inclusive Dates : _____

Venue/Place : _____

Sponsor: SEAMEO TROPMED Network WHO Self-Supporting
 Other (Specify) _____



B I O D A T A

Name of Applicant: (Underline Family Name)		Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Marital Status: <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Others	Nationality:	Religion:
Date of birth (Month/Day/Year):	Age:	Place of birth (City & Country):
ID/Passport No:	Issued at:	Date:
Home Address:		Telephone: Fax: E-mail:
Name & Address/Tel/Fax/E-mail of Person to be contacted in an emergency):		
Office Name & Address:		Telephone: Fax: E-mail:
Present Position/Occupation: Sector: <input type="checkbox"/> Govt. <input type="checkbox"/> Private <input type="checkbox"/> NGO <input type="checkbox"/> Self-Employed		
Level of Responsibility: <input type="checkbox"/> Managerial <input type="checkbox"/> Supervisory <input type="checkbox"/> Support Staff		
Brief Description of Duties & Responsibilities:		
Percent (%) Devoted to: <input type="checkbox"/> Teaching <input type="checkbox"/> Research <input type="checkbox"/> Services <input type="checkbox"/> Others (Specify)		
Educational Attainment: Certificate/Degree(s) obtained, Date obtained: College: Post Graduate:		

Previous SEAMEO TROP MED Programmes/Courses attained, Inclusive Dates:			
Awards, Other Fellowships Obtained Venue, Inclusive Dates:			
Employment History (in chronological order from the most recent): Position, Institution/Employer, Inclusive Dates: (Use additional sheets if necessary)			
Research Activities in the last 5 years (Title; Objectives; Funding; Brief Statement of Progress of Results):			
Publications in the last 5 years (Books; Technical Papers; Popular Articles; Use additional sheets if necessary):			
Membership in Honorary and Scientific Societies:			
Language Proficiency (Please indicate if "Excellent", "Good", or "Fair"):			
	Writing/Reading	Speaking	Both
English			
Others (Specify)			
State briefly reasons for taking the course:			
Expected Employment/Position upon completion of the course:			

I, hereby, declare under penalties of perjury that the answers given above are true and correct to the best of my knowledge and belief.

_____ (Date)

_____ (Signature)

N.B. Please submit this to course organizer or TROP MED Central Office

Endorsement from Employer (Head of Department/Unit/Centre/Division)

Name of Employer :

Address :

Telephone No :

Email Address :

Signature/Dates :

IMPORTANT: 1. Submit one copy each of completed form to:

1.1. Secretary-General/Coordinator
SEAMEO TROPED Network Office
420/6 Ratchawithi Road, Bangkok 10400 THAILAND
(Via Fax No. (66-2) 354-9144 or
Via E-mail: secretariat@seameotropmednetwork.org or
dang_il@hotmail.com)

1.2. TROPED Center where the course is to be taken.

2. The application form must be accompanied by:

2.1. A Certificate of Health and

2.2. Certificate of English Language Proficiency, by duty designated
Authorities

2.3. Transcript of Academic Records and other requirements

(FOR OFFICIAL USE ONLY)

Action taken: Approved Disapproved Pending

REMARKS: _____

By: _____

Reference No: _____

Date: _____

Part II (Fill by a Physician)

1. Name of Candidate :
Age : Sex :
Office Address :

Residence Address :
2. Physical Examination:
 - a. Height : Weight :
 - b. Skin :
 - c. Respiratory System :
 - d. Circulatory System :
Blood pressure : Systolic/ Diastolic
Heart :
 - e. Gastrointestinal System :
Abdomen :
Liver :
Spleen :
 - f. Central Nervous System :
 - g. Other Systems :
3. Laboratory Tests:
Urine Examination
Specific gravity :
Albumin :
Sugar :
Microscopic :
4. Report on X-ray examination of the chest:
5. Does the examination reveal any physical or mental abnormalities which may interfere with his/her study?
No []
Yes [] Describe :

Physician's Signature : Date :

Physician's name (type or print) :
Official Address :

Note: 1. The Physician has to be a clinician in a government hospital
2. Please attach this Certificate of Health to the application form
3. The Certificate should have the seal of the same government hospital

