

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 45 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 (2021, 2022 dan 2023) 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 dan Sains Kesihatan yang berkaitan

TATACARA PERMOHONAN

1. Calon perlu melengkapi dan menyediakan dokumen-dokumen berikut:-
 - a) Satu (1) set Borang Permohonan KKM/CUTIBELAJAR P&P;
 - b) Tiga (3) set Borang Permohonan Biasiswa SEAMEO TROPED yang disokong oleh Ketua Jabatan/ Unit;
 - c) Tiga salinan (3) salinan Sijil Akademik (termasuk kelayakan Bahasa Inggeris) dan Rekod Transkrip yang telah disahkan;
 - d) Dua (2) set borang Perakuan Sijil Kesihatan (*Certificate of Health*);
 - e) Satu (1) salinan Buku Perkhidmatan yang terkini dan disahkan; dan
2. Permohonan dengan dokumen yang tidak lengkap dan tidak memenuhi syarat kelayakan yang ditetapkan tidak akan diproses untuk tujuan pertimbangan.



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA
BAHAGIAN PENGURUSAN LATIHAN

BORANG PERMOHONAN
PERMOHONAN MENGIKUTI KURSUS DALAM PERKHIDMATAN
(JANGKA SEDERHANA/PANJANG)
BAGI KUMPULAN P&P SESI.....
*TAJAJAN LUAR / FELLOWSHIP (SELAIN DARIPADA TAWARAN A)

Gambar
Terkini
Ukuran
Pasport
(warna)

(Sila tandakan ✓ pada salah satu petak yang berkenaan)

A	MAKLUMAT PERIBADI																							
1	Nama Penuh (Mengikut Kad Pengenalan)																							
2	No. Kad Pengenalan Lama : Baru : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> (Sila sertakan salinan kad pengenalan yang disahkan)									<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 20px;"> <tr> <td></td><td></td> </tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>														
3	Jantina	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td></td> </tr> </table> Lelaki <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 20px;"> <tr> <td></td> </tr> </table> Perempuan																						
4	Umur																							
5	Alamat Rumah (Sila isi alamat terkini dengan lengkap)																							
6	Alamat Pejabat (Sila isi alamat terkini dengan lengkap)																							

7	No. Telefon Rumah Pejabat Telefon Bimbit			
8	No. Fax Pejabat			
9	Alamat Emel			
10	Taraf Perkahwinan	☐ Bujang ☐ Kahwin ☐ Janda/Duda		
11	Nama Suami / Isteri			
12	Pekerjaan Suami / Isteri			
13	Alamat Pejabat Suami / Isteri <i>(Sila isi alamat dengan lengkap)</i>			
14	No.Tel Waris Terdekat Untuk Dihubungi			
B	MAKLUMAT AKADEMIK			
		Bidang & Institusi/Universiti	Kelas/CGPA	Tahun
1	Diploma			
2	Ijazah Pertama			
3	Sarjana			

Biasiswa yang pernah diterima:-

Penaja	Tarikh/Tempoh Biasiswa	Kursus yang diikuti	Tempoh Kontrak

E : KURSUS YANG DIPOHON

Nama Kursus :.....

Peringkat Kursus : Sarjana / Ph.D *

Tarikh Mula dan Tamat Kursus :.....

Tempoh Kursus :.....

Tempat Kursus :.....

Tajaan/Biasiswa :.....

*Potong bagi yang berkenaan

F PERAKUAN PEMOHON

1. Saya dengan ini mengaku bahawa saya bebas daripada penyakit yang menjejaskan keupayaan saya untuk mengamalkan perubatan (*unfit to practice*) dari segi fizikal dan mental seperti yang terkandung dalam Akta 1971 termasuk penyakit berjangkit bawaan darah seperti HIV/AIDS dan sebagainya. Sekiranya saya didapati mengidap penyakit tersebut, saya bersetuju bahawa pihak Kementerian berhak membatalkan permohonan ini serta merta tanpa memaklumkan kepada saya terlebih dahulu.

2. Saya mengaku bahawa saya telah baca dan faham mengenai Dasar Pelaksanaan Tindakan Penalti Kepada Pemegang Biasiswa Dalam Perkhidmatan Yang Gagal Menamatkan Pengajian Dengan Jaya yang berkuatkuasa ke atas saya sekiranya saya berjaya mendapat tawaran ini.
3. Saya mengaku bahawa semua keterangan di atas adalah benar dan permohonan ini adalah lengkap. Sekiranya kenyataan yang diberikan tidak benar atau permohonan ini tidak lengkap, saya bersetuju bahawa pihak Kementerian berhak membatalkan permohonan ini serta merta tanpa memakumkan kepada saya terlebih dahulu.

Tarikh:

Tandatangan dan Cop Jabatan Pemohon

G KELULUSAN KETUA JABATAN

Saya mengesahkan bahawa kenyataan yang diberikan oleh pegawai adalah benar dan permohonan beliau adalah lengkap.

Saya bersetuju pegawai ditempatkan di perjawatan sedia ada (PTJ) dan bukan di JSL.

Pegawai *boleh / tidak boleh dilepaskan untuk menjalani kursus pada sesi yang dipohon.

Disokong oleh:
(PENYELIA)

Diluluskan oleh:
(KETUA JABATAN)

Tandatangan:

Tandatangan:

Nama:

Nama:

Jawatan:

Jawatan:

Cop:

Cop:

Tarikh:

Tarikh:

Nota : Ketua Jabatan (Pengarah Bahagian KKM/JKN/Hospital/ Ketua PTJ)

Tarikh kemas kini : Oktober 2024

BORANG PERAKUAN BAHAGIAN/UNIT SUMBER MANUSIA

JABATAN/AGENSI:

KEMENTERIAN:

BUTIR-BUTIR PERKHIDMATAN

- a) Nama :
- b) No. K/P :
- c) Tarikh Lahir :
- d) Umur :
- e) Skim Perkhidmatan :
- f) Gred Jawatan Hakiki :
- g) Tarikh Lantikan : (dalam skim perkhidmatan terkini)
- h) Tarikh Sah : (dalam skim perkhidmatan terkini)
- i) Markah Laporan Penilaian Prestasi Tahunan (**Penilaian LNPT genap 12 bulan**)
(dalam skim perkhidmatan terkini):
- | | | | | | |
|------|-------|---|----------------------------|--------|---|
| i. | Tahun | : | 2019 (LNPT : Bulan) | Markah | : |
| ii. | Tahun | : | 2020 (LNPT : Bulan) | Markah | : |
| iii. | Tahun | : | 2021 (LNPT : Bulan) | Markah | : |
| iv. | Tahun | : | 2022 (LNPT : Bulan) | Markah | : |
| v. | Tahun | : | 2023 (LNPT : Bulan) | Markah | : |
- j) Prosiding/Tindakan Tatatertib : Ada / Tiada
- k) Pengisytiharan harta : Isytihar /Belum Isytihar
- l) Tarikh pengisytiharan harta : _____
- m) Telah mengemaskini data peribadi di dalam HRMIS: Kemaskini / Belum Kemaskini
- n) Pegawai pernah diluluskan Cuti Tanpa Gaji (CTG) dalam tempoh 5 tahun terkini
- Tidak ☐
- Ya ☐
- 1) Tarikh mula - Tarikh Tamat..... Tempoh.....
- 2) Tarikh mula - Tarikh Tamat..... Tempoh.....

o) Pegawai pernah diluluskan Cuti Separuh Gaji (CSG) dalam tempoh 5 tahun terkini

Tidak ☐

Ya ☐

1) Tarikh mula - Tarikh Tamat..... Tempoh.....

2) Tarikh mula - Tarikh Tamat..... Tempoh.....

Saya mengesahkan bahawa kenyataan yang diberikan di atas adalah benar dan permohonan adalah lengkap.

DIPERAKUKAN OLEH:
(Diisi oleh Unit Sumber Manusia)

Tandatangan:

Nama:

Jawatan:

Jabatan:

Tarikh:

Cop Rasmi Jabatan:

Tarikh kemas kini : Oktober 2024



INSTITUT KESIHATAN NEGARA
NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (NIH)
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA
INSTITUT PENYELIDIKAN PERUBATAN (IMR)
Aras 6, Blok C6
No.1, Jalan Setia Murni U13/52
Seksyen U13 Bandar Setia Alam
40170 SHAH ALAM, SELANGOR

Telefon : 603-3362 7900
Faksimili : 603-3362 7901

Ruj.: IMR/SEAMEO/2024/01 (226)

Tarikh: 13 November 2024

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

YBhg. Dato',

**MEMAKLUMKAN BIASISWA SEAMEO TROPED NETWORK DAN
PENCALONAN UNTUK MENGHADIRI KURSUS POSTGRADUATE DIPLOMA IN
MEDICAL MICROBIOLOGY (DMM), DAN KURSUS POSTGRADUATE DIPLOMA
IN APPLIED PARASITOLOGY AND ENTOMOLOGY (DAP&E) DI INSTITUT
PENYELIDIKAN PERUBATAN (IMR)**

Dengan hormatnya, merujuk kepada perkara tersebut di atas.

2. Dengan sukacitanya, saya ingin memaklumkan bahawa kami telah menerima surat tawaran biasiswa SEAMEO TROPED Network daripada Prof. Madya Dr. Pratap Singhasivanon, *Secretary General/Coordinator* SEAMEO TROPED Network, Bangkok. Satu biasiswa ditawarkan kepada peserta Malaysia untuk mengikuti kursus *postgraduate* DMM 2025 dan satu biasiswa juga ditawarkan kepada peserta Malaysia untuk mengikuti kursus *postgraduate* DAP&E 2025. Satu biasiswa tersebut boleh dikongsi sama oleh 2 hingga 5 peserta Malaysia.
3. Kedua-dua kursus ini akan bermula serentak pada 15 April 2025 hingga 26 Oktober 2025 di Institut Penyelidikan Perubatan, Institut Kesihatan Negara, Setia Alam, Selangor.
4. Sehubungan dengan itu, pihak kami memohon jasa baik pihak YBhg. Dato' untuk menghebahkan makluman ini kepada jabatan-jabatan yang berkenaan di Kementerian Kesihatan Malaysia. Bersama ini disertakan risalah kursus *postgraduate* DMM 2025 dan kursus *postgraduate* DAP&E 2025 untuk makluman dan tindakan selanjutnya.

5. Setiap calon dikehendaki mengisi:

- i) Dua salinan borang permohonan kursus dan perlu mendapat sokongan daripada Ketua Unit, Ketua Jabatan atau mana-mana pihak atasan yang berkaitan dengan pemohon. Borang permohonan adalah seperti dalam lampiran.
- ii) Menyertakan dua salinan sijil akademik dan rekod transkrip.
- iii) Sijil Kesihatan.

6. Permohonan yang menepati syarat-syarat untuk menjalani kursus, dan diterima oleh pihak YBhg. Dato', perlu dihantar ke IMR untuk tindakan selanjutnya.

Segala kerjasama pihak YBhg. Dato' amat kami hargai dan didahului dengan ucapan ribuan terima kasih.

Sekian.

"MALAYSIA MADANI"

"BERKHIDMAT UNTUK NEGARA"

Saya yang menjalankan amanah,



(DR. AMI FAZLIN BINTI SYED MOHAMED)

(No. Pendaftaran MPM: 33789)

Pengarah

Institut Penyelidikan Perubatan, dan

SEAMEO TROPMED Malaysia

Regional Centre for Microbiology, Parasitology and Entomology

**SEAMEO TROPED REGIONAL CENTRE FOR
MICROBIOLOGY, PARASITOLOGY AND ENTOMOLOGY
SEAMEO TROPED NETWORK
INSTITUTE FOR MEDICAL RESEARCH,
MALAYSIA**

APPLICATION FORM

(Please TYPE or PRINT in Duplicate)

Course Title:

☐

Postgraduate Diploma in Medical Microbiology (DMM)

☐

Postgraduate Diploma in Applied Parasitology and Entomology (DAP&E)

☐

Others including module: _____

Affix
Photo Here

(Please tick the appropriate box for the course that you are interested to attend)

Course / Module Dates: _____

Venue/Place: _____

Sponsor:

☐ SEAMEO TROPED Network ☐ WHO ☐ Self-Supporting

☐ Other (Specify) _____

B I O D A T A

Name of Applicant:		Sex: ☐ Male ☐ Female
Marital Status: ☐ Single ☐ Married ☐ Others	Nationality:	Country:
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 Address:		Telephone: Fax: E-mail:
Present Position/Occupation:		
Sector: ☐ Govt. ☐ Private ☐ NGO ☐ Self-Employed		
Level of Responsibility: ☐ Managerial ☐ Supervisory ☐ Support Staff		

Brief Description of Duties & Responsibilities:			
Percent (%) Devoted to: ☐ Teaching ☐ Research ☐ Services ☐ Others (Specify)			
Educational Attainment: Certificate/Degree(s) obtained. Date obtained: College: Post Graduate:			
Awards, Other Fellowships Obtained Venue, Dates:			
Employment History (in chronological order from the most recent): Position (Dates) : Institution/Employer: Dates:			
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:			

I, hereby, declare that the answers given above are true and correct.

(Date)

(Signature)

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

Name of Employer :

Address :

Telephone No :

Email Address :

Signature/Dates :

IMPORTANT:

1. Please submit one copy of this form to the:

Secretariat
SEAMEO TROPMED Malaysia
Institute for Medical Research
National Institutes of Health
Ministry of Health, Malaysia
40170 Shah Alam, Selangor
MALAYSIA
+603-3362 8068 / seameo@moh.gov.my

2. The application form must be accompanied by:

- 2.1 Certificate of Health and
- 2.2 Certificate of English Language Proficiency, by duly designated Authorities
- 2.3. Transcript of Academic Records and other requirements
- 2.4 Copy of applicants passport (for Non-Malaysian)
- 2.5 High-Definition (HD) Passport size photo (For Non-Malaysian)

(FOR OFFICIAL USE ONLY)

Action taken: ☐ Approved ☐ Disapproved ☐ Pending

REMARKS: _____

By : _____

Reference No : _____

Date : _____

CERTIFICATE OF HEALTH

Part I (Fill by the Applicant)

1. Name (Please Print):
2. Age: Date of Birth:
3. Address:
4. I.D. /Passport Number:
Issued at:
Date:
5. Medical History:
 - 5.1. Do you have any physical impairment?
(if yes, please give details):
 - 5.2. Have you ever been treated for mental illness?
(if yes, please give details):
 - 5.3. In the past two years, have you ever been sick or received medical treatment or physical check-up for blood chemistry, blood pressure, urine analysis, x-ray, heart or others?
If yes, please give details (name of hospital or clinic, attending physician, disease, diagnosis, result and date)
6. I hereby declare that the above statements are true to my knowledge. If there is any false statement or any truth being withheld. I agree to be responsible to all expenses which will derive from the care of those conditions. I agree to the decision of the Faculty Board Committee to withdraw my student status if it is indicated.

Signed at:

Date:

Applicant's Signature:

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:
(For course/module that is more than 8 weeks)

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