

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

Sila tandakan ✓ jika berkenaan dalam kotak yang disediakan:

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

PLACE OF WORK SINCE OBTAINING CREDENTIALING CERTIFICATE

Please use additional sheets for extra space

Hospital	Place of work	Duration (From – Till)

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.