



UNIT PERKHIDMATAN PENGURUSAN HOSPITAL  
BAHAGIAN PERKEMBANGAN PERUBATAN  
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA  
HOSPITAL MANAGEMENT SERVICE UNIT  
MEDICAL DEVELOPMENT DIVISION MINISTRY OF HEALTH

Aras 2, Blok E1, Kompleks E, Presint 1, Pusat Pentadbiran Kerajaan Persekutuan  
62590 Wilayah Persekutuan Putrajaya



No. Tel : 03-8883 1400  
No. Fax : 03 - 8883 1406  
Emel : casemix@moh.gov.my

**BORANG PERMOHONAN DATA CASEMIX**  
**CASEMIX DATA REQUEST FORM**

**Project Number/NMRR Number:** .....

Kategori Permohonan :

1. Penyelidikan

☐

a. Dalam Negara

☐

b. Antarabangsa

2. Bukan Penyelidikan

☐

a. Dalam Negara

☐

b. Antarabangsa

Peringkat data :

☐

Kebangsaan/KKM

☐

Negeri

☐

Hospital

NAMA PEMOHON: APPLICANT'S NAME:	
NO. KAD PENGENALAN/PASSPORT: IC CARD/PASSPORT NO:	
NAMA AGENSI/INSTITUT: NAME OF AGENCY/ INSTITUTION:	
NO TELEFON: TELEPHONE NO:	SAMB: EXT:
TUJUAN PERMOHONAN: PURPOSE OF APPLICATION:	
DATA YANG DIPERLUKAN: DATA NEEDED:	
1.	2.
TANDATANGAN/COP PEMOHON: APPLICANT'S SIGNATURE/STAMP:	TARIKH: DATE:
UNTUK KEGUNAAN PEJABAT SAHAJA/ FOR OFFICE USE ONLY	
PERMOHONAN DITERIMA OLEH: APPLICANT RECEIVED BY:	TARIKH: DATE:
PERMOHONAN LULUS/ TIDAK LULUS: APPROVED/ NOT APPROVED:	SEBAB TIDAK LULUS: REASON OF NON-APPROVAL:
NOTA/ NOTE:	

\*Tandakan X pada kotak yang berkenan (Mark X at the relevant box)

\*\*Mohon sertakan jadual yang direncanakan pada lembaran lampiran (Please attached together the dummy table)

☐

Saya akan bertanggungjawab sepenuhnya terhadap sebarang kemungkinan berkaitan dengan penilaian data, penafsiran cara laporan dibuat, penyampaian hasil keputusan, pandangan-pandangan, penemuan-penemuan, dan kesimpulan atau syor-syor yang dikemukakan.

Tandatangan : .....

Nama : .....

Tarikh : .....