

PERMOHONAN BAGI PENGEKALAN DALAM DAFTAR AHLI FARMASI
APPLICATION FOR RETENTION ON THE REGISTER OF PHARMACISTS

SENARAI SEMAK UNTUK DIISI OLEH PEMOHON (Sila tandakan /)	KEGUNAAN PEJABAT (FOR OFFICE USE ONLY)
Ada Yes Tiada No 1. Status pemohon: Masih warganegara Malaysia <i>Currently Malaysian</i> Sekiranya bukan warganegara Malaysia, sila nyatakan kerakyatan baru <i>Non- Malaysian, state current citizenship</i> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> 2. Borang 10 <i>Form 10</i> (Hanya warganegara Malaysia layak memohon <i>Only Malaysian citizenship is eligible to apply</i>) 3. Sampul Surat bersaiz separuh A4 beralamat sendiri berserta Pos Daftar Malaysia (Label Berkod RM2.20 & Setem RM1) <i>Half A4 size self addressed envelope with Malaysian Registered Post (barcode Label RM2.20 & RM1 Stamp)</i> (Dikecualikan bagi pemohon yang datang sendiri <i>Exempted for applicant who comes personally</i>) <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> 4. Wang Pos Malaysia/Kiriman Wang Pos Malaysia/ Draf Bank RM50.00 disertakan atas nama Ketua Setiausaha Kementerian Kesihatan Malaysia (jika permohonan dikemukakan sebelum 31 Disember) <i>Malaysian Money Order/Postal Order/ Bank Draft of RM50.00 enclosed payable to Ketua Setiausaha Kementerian Kesihatan Malaysia (if application submitted before 31 December)</i> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>	Tarikh Terima Cop terima
Jika permohonan dikemukakan ke Bahagian ini selepas 31 Disember <i>If application submitted after 31 December</i> 5. Wang Pos Malaysia/Kiriman Wang Pos Malaysia/ Draf Bank RM150.00 disertakan <i>Malaysian Money Order/Postal Order/ Bank Draft of RM150.00 enclosed</i> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>	Disemak oleh: Nama: Tarikh : Masuk Data Dalam Komputer: Nama: Tarikh :
NOTA/Note: 1. Borang yang tidak lengkap tidak akan diproses dan akan dikembalikan kepada pemohon. <i>Incomplete application will not be processed and will be returned to applicant.</i> 2. Kakitangan kerajaan adalah dikecualikan dari pembayaran. Government servant is exempted from payment.	Tarikh Dihantar/ Pos: Tandakan jika berkaitan: <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> Pemohon akan datang sendiri mengambil sijil

AKTA PENDAFTARAN AHLI FARMASI 1951

PERATURAN-PERATURAN PENDAFTARAN AHLI FARMASI 2004

Borang 10
(Peraturan 12)

PERMOHONAN BAGI PENGEKALAN DALAM DAFTAR AHLI FARMASI

1. Nama penuh pemohon (seperti dalam sijil pendaftaran):
.....
2. No. kad pengenalan:
3. Alamat rumah:
.....
4. Alamat tempat amalan:
.....
5. (a) No. sijil pendaftaran:
(b) Tarikh pendaftaran penuh:
6. No. sijil tahunan terakhir:.....
7. * Kiriman Pos/ Wang Pos/ Draf Bank No.....berjumlah RM50.00/ RM 150.00
bertarikh :

Tarikh:.....

.....
Tandatangan pemohon

~~~~~  
**Maklumat tambahan**

1. Nama & alamat institusi/ syarikat :  
.....  
.....  
.....  
.....
2. No.telefon/ telefon bimbit/ faks: .....
3. Alamat e-mail : .....
4. Alamat surat menyurat (***sila pilih***): ☐ Rumah  
☐

Pejabat

5. Mata CPE/ CPD untuk tahun semasa: .....

6. Jenis Amalan [Tandakan (✓)]

Kerajaan

**KKM**

☐

**Bukan KKM**

☐

Swasta

☐

7. Bidang Kerja/ Jenis Perniagaan

Farmasi Komuniti (FK)

☐

Perniagaan (PB)

☐

Pengilang Farmaseutikal (PF)

☐

Pengilang Veteriner (PV)

☐

Pengilang [selain Farmaseutikal dan Veterinar] (PL)

☐

Hospital Kerajaan (HK)

☐

Hospital Swasta (HS)

☐

Ibu Pejabat Kementerian Kesihatan (HQ)

☐

Unit Penguatkuasa Farmasi (UPF)

☐

Lain-lain Kementerian (LK)

☐

Institusi Pengajian Tinggi Awam (IPTA)

☐

Institusi Pengajian Tinggi Swasta (IPTS)

☐

Bidang selain farmasi (BF)

☐

Bekerja di luar negara (BN)

☐

Tidak bekerja (TD)

☐

\* Lain-lain: Nyatakan : .....

\* Jika termasuk dalam **kategori lain-lain** sila catitkan dengan jelas **jawatan** dan **juga alamat tempat bekerja sekarang** (dalam helaian lain). Ini hanya sebagai dokumentasi sahaja.

## **PANDUAN UNTUK PEMOHON**

1. Borang yang diisi lengkap hendaklah dialamatkan kepada:

**SETIAUSAHA  
Lembaga Farmasi Malaysia  
Bahagian Amalan & Perkembangan Farmasi  
Kementerian Kesihatan Malaysia  
Beg Berkunci No: 924  
Pejabat Pos Jalan Sultan  
46790 PETALING JAYA**

2. Borang permohonan boleh diperolehi daripada:

- a) Bahagian Amalan & Perkembangan Farmasi (seperti alamat di atas)
- b) Laman web [www.pharmacy.gov.my](http://www.pharmacy.gov.my)

3. Sebarang pertanyaan boleh diajukan kepada Bahagian Amalan & Perkembangan Farmasi atau menghubungi nombor berikut: 03-78413261 (Puan Nur Hunaina Md.Yusuf) atau 03-78413317 (Cik Nurul Alyana Romainoor) atau melalui email: [hunaina@moh.gov.my](mailto:hunaina@moh.gov.my)