

**BORANG 11**  
(PERATURAN 24)  
Akta Perubatan 1971  
(Seksyen 20)  
**PERATURAN-PERATURAN PERUBATAN 1974**  
**PERMOHOHAN BAGI PERAKUAN AMALAN TAHUNAN**

1	Nama Penuh Pemohon (Seperti dalam Daftar Perubatan)	
	No. Kad Pengenalan atau No. Passport (sekiranya bukan warganegara Malaysia)	(a) Baru : _____ (b) Lama : _____
2	Alamat Tempat Tinggal	
3	(a) Alamat Tempat Utama Amalan <b><i>(Sila beri alamat yang lengkap)</i></b>  (b) Alamat Tempat Amalan yang lain <b><i>(Sila lampirkan alamat jika melebihi 2 tempat Amalan)</i></b>	_____ _____ _____ _____
4	(a) No. Perakuan Pendaftaran Penuh  (b) Tarikh Pendaftaran Penuh @ Tarikh Pendaftaran di bawah mana-mana undang-undang yang dahulu  (c) Tempat Pendaftaran di bawah mana-mana undang-undang yang dahulu	_____ _____ _____
5	No. Perakuan Amalan Tahunan Yang Akhir	
6	Butir-butir mengenai 'Kiriman Wang Pos/Cek yang dilampirkan	(a) No. : _____ (b) Jumlah : RM _____ (c) Pejabat Pos/Bank dan Tarikh : _____ _____

Tarikh : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Peringatan :**

1. Permohonan ini hendaklah dialamatkan dan dihantar kepada :

**PENDAFTAR PENGAMAL PERUBATAN  
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA  
ARAS 2, BLOK E1, PRESINT 1, PARCEL E  
PUSAT PENTADBIRAN KERAJAAN PERSEKUTUAN  
62518 PUTRAJAYA**

TIDAK lewat dari 1hb Disember setiap tahun.

2. Bayaran yang dikenakan ialah RM50.00 and dibayar atas nama "**Pendaftar Pengamal Perubatan**".
3. Jika permohonan dibuat lewat daripada 1hb Disember, bayaran lewat sebanyak RM50.00 lagi akan dikenakan.
4. Sila isikan borang ini dengan **HURUF BESAR DAN LENGKAP**. Sila buat salinan borang untuk kegunaan akan datang.
5. Sila tuliskan nama, no. kad pengenalan di belakang Wang Pos/Bank Deraf/Cek.
6. **SILA FOTOSTAT BORANG INI BAGI KEGUNAAN AKAN DATANG.**

---

(Hendaklah diisi di mana pegawai-pegawai perubatan ada di dalam perkhidmatan Kerajaan Malaysia atau sesuatu Kerajaan Negeri atau mana-mana daripada Universiti-Universiti dalam Malaysia).

Saya, (Nama) \_\_\_\_\_ (Nama Jawatan) \_\_\_\_\_  
dengan ini memperakui bahawa pemohon yang bernama di atas adalah bekerja sebagai pegawai perubatan  
dalam (nyatakan nama perkhidmatan itu) \_\_\_\_\_ di (nyatakan tempat  
perkhidmatan) \_\_\_\_\_

Tarikh : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Tandatangan Ketua Jabatan Tempatan

## UNTUK KEGUNAAN PEJABAT

No. P.A.T. \_\_\_\_\_ yang dikeluarkan pada \_\_\_\_\_ \*Bayaran sebanyak RM50.00 dibayar melalui resit No. \_\_\_\_\_ bertarikh \_\_\_\_\_

- \* Dikecualikan daripada membayar di bawah peraturan 25.
- \* Sila isi dengan huruf besar dan bertaip.
- \* Sila berikan alamat kediaman & no. telefon yang terkini.
- \* Pengamal Perubatan yang belum memperolehi Sijil Pendaftaran Penuh adalah tidak layak memohon APC.
- \* Bagi Pengamal Perubatan Asing, sila sertakan 1 salinan Sijil Pendaftaran Penuh.
- \* Sila kemukakan salinan **surat Perletakan Jawatan** sekiranya baru **berhenti dari Hospital Kerajaan**.

## PERINGATAN

(Borang ini perlu diisi dengan lengkap oleh pemohon yang memohon untuk pertama kali dan yang mempunyai perbezaan maklumat daripada yang terdahulu).

1. Nama : \_\_\_\_\_

(HURUF BESAR)

2. (a) No. Kad Pengenalan : \_\_\_\_\_ Warna : \_\_\_\_\_

(b) No. Passport (Untuk bukan Warganegara) : \_\_\_\_\_

3. Kewarganegaraan : Malaysia / Lain (sila nyatakan) : \_\_\_\_\_

4. Tarikh Lahir : \_\_\_\_\_ 5. Jantina : \_\_\_\_\_

6. Bangsa : Melayu / Cina / India / Lain-Lain : \_\_\_\_\_

7. Kelulusan Asas Perubatan :

7.1 Pengesahan Pelajar daripada Kolej : \_\_\_\_\_

7.2 Universiti yang Menanugerahkan Kelulusan : \_\_\_\_\_

7.3 Tarikh Lulus : \_\_\_\_\_

8. Kelulusan bagi Pakar :

Bidang Khusus	Kelulusan	Tempat	Tahun
---------------	-----------	--------	-------

9. Corak Pengamalan : Sendirian / Kumpulan / Kerajaan

10. Jumlah Tempat Amalan : (Jika lebih daripada satu)

11. Waktu Rawatan : (Jika lebih daripada satu tempat rawatan, sila gunakan lampiran jika ruang tidak mencukupi)

<u>Tempat</u>	<u>Hari</u>	<u>Masa</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

12. No. Telefon : \_\_\_\_\_

Tempat Tinggal : \_\_\_\_\_

Klinik : \_\_\_\_\_

Poskod : \_\_\_\_\_

(Tempat Rawatan)