

**BUTIRAN ORANG YANG DIBERI KUASA/ PEMOHON, ORANG YANG BERTANGGUNGJAWAB, *AFFILIATED NEPHROLOGIST/ PSYCHIATRIST*
DAN AHLI LEMBAGA PENGARAH PERTUBUHAN PERBADANAN/ PERTUBUHAN/ PERKONGSIAN BAGI PERMOHONAN PEMBAHARUAN LESEN
UNTUK MENGENDALIKAN ATAU MENYEDIAKAN KEMUDAHAN ATAU PERKHIDMATAN JAGAAN KESIHATAN SWASTA**

BIL.	NAMA	NO. KPPN/ NO. PASPORT	KELAYAKAN PROFESIONAL DAN INSTITUSI/ BADAN YANG MENGANUGERAHKAN KELAYAKAN <i>Contoh: MBBS (UKM), MRCOG (London), Fellow in Hepatobiliary Surgery (Melb)</i>	SEKIRANYA PENGAMAL PERUBATAN/ PERGIAN				TEMPAT AMALAN UTAMA (Tandakan ✓ dimana berkaitan)			
				NO. PERAKUAN PENDAFTARAN PENUH	NO. APC <i>(Tahun semasa/ terkini)</i>	NO. CERTIFICATE OF SPECIALIST REGISTRATION (FORM 13)	KKM ¹	KPT ²	PERTAHANAN ³	SWASTA	
ORANG YANG DIBERI KUASA/ PEMOHON											
ORANG YANG BERTANGGUNGJAWAB											
<i>AFFILIATED NEPHROLOGIST</i>⁴ (Jika berkaitan)											
<i>AFFILIATED PSYCHIATRIST</i>⁵ (Jika berkaitan)											
SENARAI⁶ AHLI LEMBAGA PENGARAH PERTUBUHAN PERBADANAN/ PERTUBUHAN⁷/ PERKONGSIAN											
1.											
2.											
3.											

NOTA:

¹KKM: Kementerian Kesihatan Malaysia; ²KPT: Kementerian Pengajian Tinggi; ³PERTAHANAN: Kementerian Pertahanan Malaysia

⁴Bagi Pusat Hemodialisis Swasta sahaja

⁵Bagi Rumah Jagaan Kejururawatan Psikiatri Swasta sahaja

⁶Sila tambah senarai, jika perlu

⁷Pemegang jawatan dalam Pertubuhan sahaja

Saya, _____ dengan ini mengakui bahawa maklumat dan kenyataan yang saya berikan adalah benar dan saya mengaku janji untuk mematuhi semua peruntukan Akta Kemudahan dan Perkhidmatan Jagaan Kesihatan Swasta 1998, peraturan-peraturan dan garis panduannya. Mengikut Subseksyen 44 (a), pihak KKM berhak menggantung lesen premis ini sekiranya kenyataan-kenyataan yang saya berikan adalah palsu dan mengelirukan.

Disahkan oleh:

(Tandatangan Orang Yang Diberi Kuasa)

Nama :

No. KPPN :

(Tandatangan Orang Yang Bertanggungjawab)

Nama :

No. KPPN :

(Tarikh & Cop Rasmi)

(Tarikh & Cop Rasmi)