

BORANG PERMOHONAN PELAKSANAAN KHIDMAT WAJIB OLEH
FASILITI PERGIGIAN SWASTA (FPS)

MAKLUMAT FASILITI (sila lampirkan salinan perakuan pendaftaran/ pelesenan)	
Nama fasiliti (huruf besar – seperti pada perakuan pendaftaran/ pelesenan FPS):	
Alamat FPS	
No. Tel FPS	
No. Tel Bimbit	
Alamat E-mel	
Skop Perkhidmatan: (sila tandakan)	<input type="checkbox"/> Klinik/Pusat Pergigian Swasta <input type="checkbox"/> Klinik/Pusat Pakar Pergigian Swasta <input type="checkbox"/> Pusat Jagaan Ambulatori Swasta <input type="checkbox"/> Hospital Pergigian Swasta <input type="checkbox"/> Institusi Pengajian Tinggi Swasta (IPTS)
Nombor pendaftaran (seperti pada Perakuan Pendaftaran) atau nombor pelesenan FPS dan tarikh tamat lesen:	
No. perakuan Agensi Kelayakan Malaysia (MQA) (bagi IPTS):	
Tarikh penubuhan (<i>date of establishment</i>):	

Nama pemegang perakuan pendaftaran/ pelesenan:

Nombor pendaftaran Majlis Pergigian Malaysia (MPM) pemegang perakuan pendaftaran/ pelesenan (sekiranya pengamal pergigian):

Nama orang yang bertanggung jawab (OYB):

Nombor Pendaftaran MPM OYB:

Jenis Rawatan Am (*General*)
 Kepakaran (*Specialist*)

Sekiranya rawatan kepakaran, sila nyatakan bidang khusus

- 1.
- 2.
- 3.

KEMUDAHAN FASILITI

Jumlah kerusi pergigian tetap yang berfungsi: kerusi pergigian

Kemudahan radiografi yang berfungsi:

Jenis radiograf	Sila tandakan (✓) yang berkenaan	Nombor lesen	Tempoh lesen	
			Tarikh mula	Tarikh tamat
Intra Oral				
OPG				
CBCT				
Lain-lain (sila nyatakan)				

PENCALONAN PENYELIA

- Sila pastikan penyelia yang dicalonkan memenuhi kriteria yang ditetapkan dalam Panduan Pelaksanaan Khidmat Wajib di Fasilitas Pergigian Swasta
- Sila pastikan sekurang-kurangnya satu penyelia dicalonkan.
- Sila kemukakan lampiran sekiranya ruang pencalonan penyelia tidak mencukupi

1. Nama Pengamal Pergigian:
No. Pendaftaran MPM:
Tempoh pengalaman kerja di Malaysia:
Tempoh berkhidmat di fasiliti:

2. Nama Pengamal Pergigian:
No. Pendaftaran MPM:
Tempoh pengalaman kerja di Malaysia:
Tempoh berkhidmat di fasiliti:

PENGISYTIHARAN

(*diisi oleh pemegang perakuan/pelesenan FPS dan OYB FPS SAHAJA)

Saya mengaku bahawa butir-butir yang dinyatakan dalam permohonan ini adalah lengkap dan dokumen yang dilampirkan adalah benar dan sah, dan maklumat yang terkandung di sini adalah benar. Sepanjang pengetahuan dan kepercayaan saya, saya tidak menyembunyikan sebarang fakta material.

Saya membenarkan Majlis Pergigian Malaysia menghubungi mana-mana pengamal pergigian, orang dan pihak berkuasa sekiranya Majlis memutuskan untuk berbuat demikian. Dengan penyerahan permohonan ini, saya bersetuju bahawa FPS akan diperiksa oleh Inspektor Perubatan Negeri / Wilayah Persekutuan bagi tujuan pemeriksaan verifikasi.

Pemegang perakuan/pelesenan FPS

OYB FPS

Tandatangan:

Tandatangan:

Nama:

Nama:

Tarikh:

Tarikh:

Untuk Kegunaan Pejabat

Tarikh permohonan diterima MPM	
Semakan dan ulasan sekretariat MPM	
Tarikh pemeriksaan verifikasi	
Ulasan dan pengesahan pemeriksaan	
Tandatangan Inspektor Nama Tarikh	
Syor Pengarah Kanan (Kesihatan Pergigian)	<input type="checkbox"/> Disyorkan <input type="checkbox"/> Tidak disyorkan Ulasan tambahan (jika ada): Tandatangan Tarikh:
Keputusan Ketua Pengarah Kesihatan	<input type="checkbox"/> Diluluskan <input type="checkbox"/> Tidak diluluskan Tandatangan Tarikh: