

**BORANG PERMOHONAN PENAMBAHAN/ PERUBAHAN PENYELIA  
PELAKSANAAN KHIDMAT WAJIB DI  
FASILITI PERGIGIAN SWASTA (FPS) YANG TELAH DILULUSKAN**

<b>MAKLUMAT FASILITI YANG TELAH MENDAPAT KELULUSAN</b>	
Nama fasiliti (huruf besar – seperti pada perakuan pendaftaran/ pelesenan FPS):	
Alamat FPS	
Tarikh surat kelulusan	
No. Tel untuk dihubungi ( <i>'contact person'</i> )	
Alamat E-mel ( <i>'contact person'</i> )	

<b><u>PENCALONAN PENYELIA TAMBAHAN</u></b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>● Sila pastikan penyelia yang dicalonkan memenuhi kriteria yang ditetapkan dalam Panduan Pelaksanaan Khidmat Wajib di Fasiliti Pergigian Swasta</li><li>● Sila kemukakan lampiran sekiranya ruang pencalonan penyelia tidak mencukupi</li></ul>	
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:

**PENCALONAN PERUBAHAN PENYELIA**

- Untuk dilengkapkan hanya bagi perubahan penyelia yang telah diluluskan
- Sila kemukakan lampiran sekiranya ruang tidak mencukupi

Butiran penyelia yang telah diberi kelulusan	Nama Pengamal Pergigian: No. Pendaftaran MPM:
Butiran penyelia yang dicalonkan untuk menggantikan penyelia yang diluluskan	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 borang permohonan ini, saya bersetuju untuk memberikan dokumen sokongan yang diperlukan bagi menyokong permohonan ini atau membenarkan lawatan verifikasi semula (jika perlu) oleh Inspektor Perubatan / Wilayah Persekutuan.**

**Pemegang perakuan/pelesenan FPS**

**OYB FPS**

Tandatangan:

Tandatangan:

Nama:

Nama:

Tarikh:

Tarikh:

### Untuk Kegunaan Pejabat

Tarikh permohonan diterima MPM	26.6.2025
Semakan dan ulasan sekretariat MPM	<p>Semakan MPM menunjukkan bahawa pengamal yang mohon dan dicalonkan sebagai penyelia :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Telah berdaftar dengan MPM.</li> <li>b) Mempunyai Sijil Perakuan Pengamalan Tahunan (SPPT) yang sah sehingga 31 Disember 2025.</li> <li>c) Tidak mempunyai apa-apa kesalahan tatatertib di bawah Akta Pergigian 1971 atau Akta Pergigian 2018.</li> <li>d) Mempunyai sekurang-kurangnya lima (5) tahun pengalaman kerja di Malaysia dan telah bekerja di FPS berkenaan sekurang-kurangnya satu (1) tahun.</li> </ul>
Tarikh dan ulasan pemeriksaan semula FPS oleh Inspektor Perubatan Negeri / Wilayah Persekutuan (jika berkenaan)	
Syor Pengarah Kanan (Kesihatan Pergigian)	<p><input type="checkbox"/> Disyorkan                      <input type="checkbox"/> Tidak disyorkan</p> <p>Ulasan tambahan (jika ada):</p> <p>Tandatangan</p> <p>Tarikh:</p>
Keputusan Ketua Pengarah Kesihatan	<p><input type="checkbox"/> Diluluskan                      <input type="checkbox"/> Tidak diluluskan</p> <p>Tandatangan</p> <p>Tarikh:</p>