

	No. Fail	
	<b>MAJLIS PERUBATAN TRADISIONAL DAN KOMPLEMENTARI</b> <b>KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA</b> <b>BORANG ADUAN DAN MAKLUMAT</b> <b>PERUBATAN TRADISIONAL DAN KOMPLEMENTARI</b> <i>Traditional and Complementary Medicine Council</i> <i>Ministry of Health Malaysia</i> <i>Traditional and Complementary Medicine</i> <i>Information and Complaint Form</i>	
<b>Nota/ Notes:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Merujuk kepada subseksyen 36(1), Akta Perubatan Tradisional dan Komplementari (PT&amp;K) 2016 [Akta 775], Majlis PT&amp;K mempunyai bidang kuasa tata tertib ke atas semua pengamal PT&amp;K berdaftar di bawah Akta ini. <i>With reference to subsection 36(1), Traditional and Complementary Medicine Act (T&amp;CM) 2016 [Act 775], the Council shall have disciplinary jurisdiction over all registered practitioners under this Act.</i></li> <li>Pengadu atau pemberi maklumat perlu melengkapkan borang ini dan mengemukakan kepada: <i>The complainant or person providing information shall complete this form and submit it to:</i>  <p style="text-align: center;"> <b>Cawangan Majlis PT&amp;K (CMPTK)</b>  <b>Traditional and Complementary Medicine Council Section</b>  <b>Bahagian Perubatan Tradisional dan Komplementari</b>  <b>Traditional and Complementary Medicine Division</b>  <b>Kementerian Kesihatan Malaysia</b>  <b>Ministry of Health</b>  <b>Blok D, Aras Bawah, Jalan Cenderasari</b>  <b>50590 Kuala Lumpur</b>  <b>Emel/ Email: <a href="mailto:smptk@moh.gov.my">smptk@moh.gov.my</a></b> </p> </li> <li><b>Borang yang tidak lengkap tidak akan diproses dan tiada tindakan susulan akan diambil.</b> <i>Incomplete forms will not be processed and no further action will be taken.</i></li> </ol>		
<b>BAHAGIAN A: BUTIRAN PENGADU ATAU PEMBERI MAKLUMAT / PART A: COMPLAINANT INFORMATION</b>		
Nama Penuh <i>(seperti dalam dokumen pengenalan)</i> <i>Full name (as in identification document)</i>		
Jenis Dokumen Pengenalan: <i>(Sila pilih satu)</i> <i>Type of Identification Document: (choose one)</i>	<input type="checkbox"/> Kad Pengenalan/ <i>Identification Card</i> <input type="checkbox"/> Pasport/ <i>Passport</i> <input type="checkbox"/> Lain-lain <i>(sila nyatakan)/ Others (please specify):</i> _____	
No. Dokumen Pengenalan/ <i>Identification Document No.</i>		
Alamat/ <i>Address</i>		
Alamat Surat-menyerat <i>(sekiranya berbeza dengan alamat seperti yang di atas)</i> <i>Postal address (if different from above)</i>		

No. Telefon Bimbit/ <i>Handphone no.</i>		No. Telefon Pejabat/ <i>Office Telephone no.</i>	
No. Telefon Rumah/ <i>House Telephone no.</i>		Emel/ <i>Email</i>	
Identiti Pengadu atau Pemberi Maklumat ( <i>sila pilih satu</i> )/ <i>Identity of Complainant or Person providing Information (choose one)</i>			
<input type="checkbox"/> Pesakit/ pihak yang terkilan/ <i>Patient/ aggrieved party</i>			
<input type="checkbox"/> Ahli keluarga pesakit/ <i>Patient's family member</i>			
<input type="checkbox"/> Peguam pesakit/ <i>Patient's advocate</i>			
<input type="checkbox"/> Pihak lain/ organisasi yang mengetahui berkenaan kes yang diadu atau maklumat tersebut ( <i>sila nyatakan</i> )/ <i>Other parties/ organisations who are aware of the complaint or the information (please specify) :</i>			

### BAHAGIAN B: BUTIRAN ADUAN ATAU MAKLUMAT / *COMPLAINT OR INFORMATION DETAILS*

**Nota/ Notes:** Sila nyatakan dan jelaskan aduan atau maklumat dengan terperinci termasuk tarikh, masa, pengamal PT&K serta individu yang terlibat/ *Please specify and explain the complaint or information in detail including date, time, T&CM practitioner and individual involved*

Tarikh/ <i>Date</i>		Masa/ <i>Time</i>	
---------------------	--	-------------------	--

Nama penuh dan alamat tempat mengamal pengamal PT&K yang hendak diadu/ *Full name and practising address of the T&CM practitioner involved:*

1	Nama Penuh Pengamal PT&K/ <i>Full name of T&amp;CM Practitioner</i>	
	Alamat Tempat Mengamal/ <i>Practising Address</i>	
2	Nama Penuh Pengamal PT&K/ <i>Full name of T&amp;CM Practitioner</i>	
	Alamat Tempat Mengamal/ <i>Practising Address</i>	
3	Nama Penuh Pengamal PT&K/ <i>Full name of T&amp;CM Practitioner</i>	
	Alamat Tempat Mengamal/ <i>Practising Address</i>	





Sekiranya terdapat individu lain yang mengetahui berkenaan aduan atau maklumat ini atau mempunyai maklumat yang berkaitan secara langsung, sila senaraikan nama penuh individu tersebut (seperti dalam dokumen pengenalan) dan cara penglibatannya. *If there are any other individuals who know about this complaint or information or have relevant information, please list their full name (as in the identification document) and how they were involved.*

1	Nama/ Name				
	Cara Penglibatan/ Involvement				
	Boleh menjadi saksi semasa siasatan?/ Can act as a witness during the investigation?	<input type="checkbox"/>	Ya/ Yes	<input type="checkbox"/>	Tidak/ No (sila nyatakan sebab jika tidak) (please state the reason if no)
<hr/> <hr/> <hr/>					

2	Nama/ Name				
	Cara Penglibatan/ Involvement				
	Boleh menjadi saksi semasa siasatan?/ Can act as a witness during the investigation?	<input type="checkbox"/>	Ya/ Yes	<input type="checkbox"/>	Tidak/ No (sila nyatakan sebab jika tidak) (please state the reason if no)
<hr/> <hr/> <hr/>					

3	Nama/ Name				
	Cara Penglibatan/ Involvement				
	Boleh menjadi saksi semasa siasatan?/ Can act as a witness during the investigation?	<input type="checkbox"/>	Ya/ Yes	<input type="checkbox"/>	Tidak/ No (sila nyatakan sebab jika tidak) (please state the reason if no)
<hr/> <hr/> <hr/>					

**BAHAGIAN C: PERAKUAN/ DECLARATION**

Saya mengaku bahawa keterangan-keterangan yang diberikan dalam borang ini adalah tepat dan benar dan dokumen sokongan, bahan dan bukti yang disertakan merupakan salinan sah dokumen yang asal (*jika berkaitan*).

*I hereby declare that the particulars stated in this application are accurate and true and the documents, materials and evidence attached are true copies of the original documents (if applicable)*

Saya bersetuju dan memahami bahawa sebarang pemalsuan maklumat boleh menyebabkan aduan dan maklumat ini ditolak dan tidak akan diproses.

*I agree and understand that any falsification of information herein can cause my complaint/ information to be rejected and not processed.*

Saya akan hadir dalam semua siasatan yang berkaitan dengan aduan atau maklumat ini dengan perbelanjaan saya sendiri.

*I will attend all investigations related to this complaint or information at my own expense.*

\_\_\_\_\_  
Tandatangan/ Signature

\_\_\_\_\_  
Tarikh/ Date

Nama/ Name : \_\_\_\_\_

No. Dokumen Pengenalan/  
Identification Document No. : \_\_\_\_\_