



BAHAGIAN PERUBATAN TRADISIONAL DAN KOMPLEMENTARI
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

PANDUAN PENGISIAN BORANG
FORM FILLING GUIDE

PERMOHONAN UNTUK PENDAFTARAN SEBAGAI PENGAMAL BERDAFTAR
APPLICATION FOR REGISTRATION AS A REGISTERED PRACTITIONER

1. Semua pemohon untuk pendaftaran perlu melengkapkan borang dan mengemukakan dokumen seperti yang disenaraikan dalam **Senarai Semak Permohonan Pendaftaran Pengamal PT&K (Tempatan) BPTK (CM)-BOR-01 Pin 1/2025** / *All applicants for registration must fill in the forms and submit the documents as listed in the **Registration Application Checklist for Local T&CM Practitioners BPTK (CM)-BOR-01 Pin 1/2025***
 - Wang tunai/ kad debit/ kad kredit boleh digunakan untuk serahan di kaunter pendaftaran sahaja/ *Cash/ debit card/ credit card can be used for submission at the registration counter only*
2. Pembayaran fi adalah sebanyak RM 100.00/ *The fee is RM 100.00:*
 - Bermula dari 1 Februari 2025 kaedah pembayaran yang diterima untuk semua jenis permohonan melalui pos hanya akan dihadkan kepada draf bank sahaja. **KIRIMAN WANG TIDAK LAGI DITERIMA/** *Starting from 1 February 2025, the payment method accepted for all applications via post will be limited to bank drafts only. **PAYMENT VIA MONEY ORDER IS NO LONGER ACCEPTED***
 - Bank draf mestilah bertarikh terkini. Pihak CMPTK berhak menolak mana-mana bank draf dengan tarikh sah laku kurang dari 2 bulan dari tarikh luput pada masa penerimaan/ *The bank draft must be dated recently. The T&CM Council Section has the right to reject any bank draft with a validity of less than 2 months from the expiry date at the time of receipt*
 - Sila tuliskan nama dan nombor kad pengenalan diri di bahagian belakang draf bank. *Please write your name and identification card number on the back of the bank draft.*
 - Pembayaran hendaklah dibuat atas nama **PENGARAH BAHAGIAN PERUBATAN TRADISIONAL DAN KOMPLEMENTARI**. Sila pastikan tiada kesalahan ejaan, tidak memakai simbol '&' atau apa jua singkatan./ *Fee should be made payable to **PENGARAH BAHAGIAN PERUBATAN TRADISIONAL DAN KOMPLEMENTARI**. Please make sure there is no spelling error, do not use the symbol '&' or any abbreviation.*
3. Penyerahan dokumen permohonan boleh dihantar sama ada melalui serahan tangan di kaunter pendaftaran atau melalui pos kepada/ *Applications can be submitted either by hand at the registration counter or via post to:*

Pendaftar Majlis PT&K
Cawangan Majlis PT&K
Kementerian Kesihatan Malaysia
Blok D, Aras Bawah, Jalan Cenderasari
50590, Kuala Lumpur.
4. Keputusan permohonan akan dikemas kini dan boleh disemak melalui sistem dalam talian di portal rasmi Bahagian Perubatan Tradisional dan Komplementari ([klik di sini](#)). Oleh yang demikian, penyediaan sampul surat Poslaju **TIDAK LAGI** diperlukan/ *The application result will be updated and can be checked through the online system via the official portal of the Traditional and Complementary Medicine Division ([click here](#)). Hence, a Poslaju envelope is **NO LONGER** required.*

SENARAI SEMAK PERMOHONAN PENDAFTARAN PENGAMAL PT&K (TEMPATAN)
REGISTRATION APPLICATION CHECKLIST FOR LOCAL T&CM PRACTITIONERS

Nama Pemohon : _____ Nombor Pengenalan Diri : _____
Name of Applicant : _____ Identity Card Number : _____

Sila pastikan semua dokumen di bawah dilengkapkan sebelum menghantar permohonan
Please ensure all the documents below are completed before submitting the application.

Borang Maklumat Pemohon – BPTK(CM)-BOR-02 Pin. 1/2024
Applicant Information Form – BPTK(CM)- BOR-02 Pin. 1/2024

BORANG C: Permohonan Untuk Pengecualian Pendaftaran Sementara
FORM C: Application for Exemption of Provisional Registration

BORANG E: Permohonan Untuk Pendaftaran Sebagai Pengamal Berdaftar
FORM E: Application for Registration as a Registered Practitioner

Salinan kad pengenalan pemohon yang diperakui sah*
*Certified true copy of applicant's identification card**

Salinan kelayakan diiktiraf yang diperakui sah*
*Certified true copy of recognized qualification(s)**

Salinan transkrip akademik yang diperakui sah - (jika berkaitan)*
*Certified true copy of academic transcript(s) - (if applicable)**

Bayaran fi sebanyak RM 100.00 SAHAJA/ *Fee Payment of RM 100.00 ONLY*

Pembayaran secara tunai/ kad debit/ kad kredit hanya tersedia di kaunter pendaftaran SAHAJA. Penyerahan pembayaran secara pos boleh dibuat menggunakan DRAF BANK SAHAJA. Bermula 1 Februari 2025, pembayaran melalui kiriman wang tidak lagi diterima.

Payment by cash/ debit card/ credit card is available at the registration counter ONLY. Submission of payment via post can be made by BANK DRAFT ONLY. Starting 1 February 2025, payment by Money Order is no longer accepted.

Semua pembayaran hendaklah dibuat atas nama/ *All fees should be made payable to*

PENGARAH BAHAGIAN PERUBATAN TRADISIONAL DAN KOMPLEMENTARI

(Sila pastikan tiada kesalahan ejaan, tidak memakai simbol '&' atau apa jua singkatan)
(Please make sure there is no spelling error, do not use the symbol '&' or any abbreviation)

*** NOTA/ NOTES:**

- 1) Semua dokumen yang dihantar perlu disahkan sama ada oleh pegawai kerajaan dari kumpulan pengurusan dan profesional [Gred 9 (Gred 41) atau setaraf dan ke atas], pengamal undang-undang, pesuruhjaya sumpah/ Jaksa Pendamai, pengetua/ guru besar sekolah kerajaan, ketua kampung/ penggawa/ penghulu/ ketua masyarakat/ sidang, untuk Sabah dan Sarawak: ketua kaum/ ketua anak negeri/ kapitan/ pamanca.
All documents submitted must be certified either by a government official from the management and professional group [Grade 9 (Grade 41) and above], a legal practitioner, commissioner of oaths, a Justice of Peace, principal/ headmaster of a government school or community leaders (ketua kampung/ penggawa/ penghulu/ ketua masyarakat/ sidang, for Sabah and Sarawak: ketua kaum/ ketua anak negeri/ kapitan/ pamanca).
- 2) Sekiranya dokumen asal bukan dalam Bahasa Melayu atau Bahasa Inggeris, dokumen yang berkaitan perlu diterjemahkan ke dalam Bahasa Melayu atau Bahasa Inggeris, dan dikemukakan bersama dengan salinan dokumen dalam bahasa asal yang telah disahkan benar. Penterjemahan dokumen hanya diterima sekiranya dilakukan oleh: -
If the original documents are not in Bahasa Melayu or English, the documents shall be translated to Bahasa Melayu or English and submitted along with certified true copies of the documents in its original language. Translated documents are only acceptable if the translation is carried out by: -
 - (a) Penterjemah dari Mahkamah Malaysia; atau/ *Certified Malaysian Court Translators; or*
 - (b) Pegawai dari kedutaan yang bersesuaian; atau/ *Suitable embassy officials; or*
 - (c) Notari dari negara asal sivil dikeluarkan; atau/ *Notary public from the country where the certificate was issued; or*
 - (d) Institut Terjemahan dan Buku Malaysia (ITBM)/ *Malaysian Institute of Translation and Books (ITBM)*



MAJLIS PERUBATAN TRADISIONAL & KOMPLEMENTARI
TRADITIONAL & COMPLEMENTARY MEDICINE COUNCIL

BORANG MAKLUMAT PEMOHON
APPLICANT INFORMATION FORM

GAMBAR BERUKURAN
 PASPORT
 PASSPORT-SIZED
 PHOTO

A) MAKLUMAT PERIBADI
PERSONAL INFORMATION

Nama
Name : _____
(seperti dalam dokumen pengenalan/ as in identification document)

No. Kad Pengenalan
Identification Card No. : _____ Warganegara
Nationality : _____

Tarikh Lahir
Date of Birth : _____ Tempat Lahir
Place of Birth : _____

Umur
Age : _____ Bangsa
Ethnicity : _____

E-mel
Email : _____ Jantina
Gender : _____

No. Telefon Peribadi
Personal Telephone No. : _____ No. Telefon Pejabat
Office Telephone No. : _____

Alamat Tempat Tinggal
Residential Address : _____

Poskod/ Postcode: _____ Bandar/ City: _____

Negeri/ State: _____

Alamat Surat-Menyurat
Postal address : _____

(sekiranya berbeza dengan Alamat
 Tempat Tinggal/ if different from the
 Residential Address)

Poskod/ Postcode: _____ Bandar/ City: _____

Negeri/ State: _____

Status Pendaftaran Sebagai:
 Pengamal Perubatan Berdaftar
 Di Bawah Akta Perubatan (Akta
 50) - sekiranya berkaitan
*Registration Status as a
 Registered Medical Practitioner
 under Medical Act (Act 50) - if
 applicable*

Pengamal Perubatan Berdaftar
Registered Medical Practitioner

No. MPM : _____
 MMC No. : _____

Doktor Pakar Perubatan
Medical Specialist

No. NSR/ NSR No.: _____

Kepakaran/ *Specialty*: _____

**B) MAKLUMAT AMALAN
PRACTICE INFORMATION**

*Sila tandakan yang berkaitan
Please tick where relevant*

Perubatan Tradisional Melayu/ *Traditional Malay Medicine*: -
(sila pilih subbidang yang berkaitan/ *please select related subarea*)

Urutan Melayu/ *Malay Massage*

Bekam Melayu/ *Malay Cupping*

Penjagaan Postnatal/ *Postnatal Care*

Herba Melayu/ *Malay Herbs*

(permohonan tidak tersedia untuk sementara waktu sehingga dimaklumkan kelak/ *application is temporarily not available until further notice*)

Perubatan Tradisional Cina/ *Traditional Chinese Medicine*

Perubatan Tradisional India/ *Traditional Indian Medicine*: -
(sila pilih sublapangan yang berkaitan/ *please select related subfield*)

Ayurveda

Unani

Siddha

Yoga dan Naturopati/ *Yoga and Naturopathy*

Homeopati/ *Homeopathy*

Kiropraktik/ *Chiropractic*

Osteopati/ *Osteopathy*

Pengubatan Islam/ *Islamic Medical Practice*

**C) MAKLUMAT KELAYAKAN DIKTIRAF DALAM PT&K
INFORMATION ON RECOGNISED QUALIFICATIONS IN T&CM**

i) Kelayakan bagi Perubatan Tradisional Melayu/ *Qualification for Traditional Malay Medicine*: -

*Sila tandakan yang berkaitan
Please tick where relevant*

Sijil Kemahiran Malaysia (Tahap 3): Bekam Angin

Tarikh Kelayakan Diperoleh/ *Date Qualification Obtained*:

Diploma Kemahiran Malaysia (Tahap 4): Urut Terapeutik dan Penjagaan

Diploma Lanjutan Urut Melayu Politeknik Sultan Salahuddin Abdul Aziz Shah (2010 – 2012)

Tarikh Kelayakan Diperoleh/ *Date Qualification Obtained*:

Diploma Kemahiran Malaysia (Tahap 4): Penjagaan Ibu Selepas Bersalin Mamacare

Tarikh Kelayakan Diperoleh/ *Date Qualification Obtained*:

Nota/Note:

Sila sertakan salinan dokumen kelayakan yang telah disahkan benar sebagai bukti.

Please attach certified true copies of the relevant qualification documents as proof.

ii) **Kelayakan bagi/ Qualification for: -**

- **Perubatan Tradisional Cina/ Traditional Chinese Medicine**
- **Perubatan Tradisional India/ Traditional Indian Medicine**
- **Homeopati/ Homeopathy**
- **Kiropraktik/ Chiropractic**
- **Osteopati/ Osteopathy**

Sila lengkapkan maklumat di bawah
Please complete the information below

Nama Ijazah Sarjana Muda/ *Name of Bachelor Degree* :

Nama Institusi Yang Menganugerahkan Kelayakan/ *Name of Awarding Institution*:

Negara/ *Country*:

Tarikh Ijazah Dianugerahkan/ *Date of Degree Conferred* :

--	--	--	--	--	--

Tempoh Pengajian / *Duration of Study* : -

- Tarikh Mula Pengajian/ *Date of Enrolment* :

- Tarikh Tamat Pengajian/ *Date of Completion* :

Nota/Note:

Sila sertakan salinan dokumen kelayakan yang telah disahkan benar sebagai bukti.
Please attach certified true copies of the relevant qualification documents as proof.

iii) **Kelayakan bagi Pengubatan Islam/ Qualification for Islamic Medical Practice: -**

Sila tandakan yang berkaitan
Please tick where relevant

- Diploma Kemahiran Malaysia (Tahap 4) Perawatan Ruqyah
Tarikh Kelayakan Diperoleh/ *Date Qualification Obtained*:

- Bersetuju untuk mengikuti saringan *i-Syifa'* di Jabatan Agama Islam Negeri masing-masing
Agree to undergo i-Syifa' screening at the respective State Islamic Religious Department

Nota/Note:

Sila sertakan salinan dokumen kelayakan yang telah disahkan benar sebagai bukti (sekiranya berkaitan).
Please attach certified true copies of the relevant qualification documents as proof (if applicable).

D) SKOP UTAMA AMALAN
MAIN SCOPE OF PRACTISE

Sila pilih satu sahaja
Please choose one only

1) Menyediakan perkhidmatan PT&K secara langsung kepada pelanggan (sebagai pengamal PT&K)
1) Providing T&CM services directly to the client (as a T&CM practitioner)

2) **TIDAK** menyediakan perkhidmatan PT&K secara langsung (sila pilih satu): -
2) NOT providing T&CM services directly (please choose one) :-

Pentadbir/ *Administrator*

Penyelidik/ *Researcher*

Pensyarah/ *Lecturer*

Mahasiswa Pascasiswazah/
Postgraduate Student

E) PERAKUAN
DECLARATION

1. Saya mengaku bahawa keterangan-keterangan yang diberikan dalam borang ini adalah tepat dan benar dan dokumen yang disertakan merupakan salinan sah dokumen yang asal. Sebarang pemalsuan maklumat boleh menyebabkan pembatalan permohonan/pendaftaran saya dan saya boleh didakwa di bawah Akta Perubatan Tradisional dan Komplementari (PT&K) 2016 [Akta 775]

I hereby declare that the particulars stated in this application are accurate and true and the documents attached are true copies of the original documents. Any falsification of information herein can cause my application/registration to be cancelled and I may be charged under Traditional and Complementary Medicine (T&CM) 2016 [Act 775]

2. Saya tidak didapati bersalah atau melibatkan diri dalam kesalahan seperti penipuan atau keburukan akhlak yang boleh dihukum (sama ada penjara atau denda).

I have not been found guilty or was involved in offences such as fraud or moral turpitude which are punishable (whether by imprisonment or fine).

3. Saya bersetuju dan membenarkan maklumat peribadi saya disimpan dan digunakan oleh Kerajaan Malaysia untuk sebarang tujuan tertentu.

I agree and authorize that my personal information can be kept and used by the Government of Malaysia for any particular purpose.

4. Sekiranya saya mempunyai sebarang penyakit mental atau sebarang penyakit berjangkit yang kronik, saya bersetuju untuk mengemukakan surat pengesahan 'sihat untuk bekerja' daripada Pengamal Perubatan Berdaftar

If I have any mental illness or any chronic infectious disease, I agree to submit a certificate of 'fitness to work' from a Registered Medical Practitioner.

Tandatangan Pemohon : _____
Applicant's Signature

Nama Penuh : _____
Full name

Tarikh : _____
Date

BORANG C
FORM C

AKTA PERUBATAN TRADISIONAL DAN KOMPLEMENTARI 2016 [Akta 775]
TRADITIONAL AND COMPLEMENTARY MEDICINE ACT 2016 [Act 775]

[Subperaturan 3(1)]
[Subregulation 3(1)]

PERMOHONAN UNTUK PENGECUALIAN PENDAFTARAN SEMENTARA
APPLICATION FOR EXEMPTION OF PROVISIONAL REGISTRATION

Saya (nama penuh)ingin memohon pengecualian pendaftaran sementara di bawah subseksyen 22(10) Akta Perubatan Tradisional dan Komplementari 2016 sebagai pengamal perubatan tradisional dan komplementari dalam bidang amalan diiktiraf:.....

I (full name)would like to apply for exemption of provisional registration under subsection 22(10) of the Traditional and Complementary Medicine Act 2016 as a traditional and complementary medicine practitioner in the recognised practice area of.....

Saya faham bahawa keputusan permohonan ini adalah tertakluk kepada kehendak Majlis PT&K dipenuhi, dan keputusan Majlis PT&K adalah muktamad.

I understand that the result of this application is subject to fulfilling the requirements of the T&CM Council, and the decision of the T&CM Council is final.

Tandatangan Pemohon (*Applicant's Signature*)
Nama:
Name:

Tarikh:
Date:

BORANG E
FORM E

AKTA PERUBATAN TRADISIONAL DAN KOMPLEMENTARI 2016 [Akta 775]
TRADITIONAL AND COMPLEMENTARY MEDICINE ACT 2016 [Act 775]

[Subperaturan 4(1)]
[Subregulation 4(1)]

PERMOHONAN UNTUK PENDAFTARAN SEBAGAI PENGAMAL BERDAFTAR
APPLICATION FOR REGISTRATION AS A REGISTERED PRACTITIONER

Saya (nama penuh)ingin memohon untuk mendaftar sebagai pengamal berdaftar seperti di bawah subseksyen 23(1) Akta Perubatan Tradisional dan Komplementari 2016.

I (full name)would like to apply to register as a registered practitioner under subsection 23(1) of the Traditional and Complementary Medicine Act 2016.

Dengan ini saya sertakan pembayaran secara *Wang Tunai/ Kiriman Wang Pos/ Wang Pos/ Draf Bank/ Cek; (No.)/pemindahan dana elektronik dengan jumlah RM untuk maksud yang tersebut di atas.

*I enclose herewith payment through *Cash/ Postal Order/ Money Order/ Bank Draft/ Cheque; (No.)/ electronic fund transfer with the amount of RM for the above mentioned purpose.*

Saya faham bahawa keputusan permohonan ini adalah tertakluk kepada kehendak Majlis PT&K dipenuhi, dan keputusan Majlis PT&K adalah muktamad.

I understand that the result of this application is subject to fulfilling the requirements of the T&CM Council, and the decision of the T&CM Council is final.

Tandatangan Pemohon (*Applicant's Signature*)

Nama:

Name:

Tarikh:

Date:

**Potong yang mana tidak berkenaan/Cancel whichever is not applicable*