



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

BORANG A

**PERMOHONAN BAGI PENDAFTARAN UNTUK
MENUBUHKAN ATAU MENYENGGARAKAN ATAU
MENGENDALIKAN ATAU MENYEDIAKAN KLINIK
PERUBATAN SWASTA ATAU KLINIK PERGIGIAN SWASTA**

PANDUAN MENGISI BORANG A

Peringatan:

- **Fi pemprosesan Borang A adalah sebanyak RM500.00.**
- **Pemohon dinasahati mengisi Borang A dengan lengkap.**
- **Borang yang tidak mengandungi maklumat yang betul dan lengkap tidak akan diproses dan fi pemprosesan tidak akan dipulangkan jika permohonan ditolak.**
- **Sila gunakan pen berdakwat hitam dan tulisan HURUF BESAR.**
- **Semua salinan dokumen hendaklah diakui sah oleh Pegawai Kumpulan A (*pengurusan dari profesional*).**

Bahagian A:

1. Sekiranya terdapat sebarang **perkhidmatan doktor pakar**, pada setiap masa atau sebahagian daripadanya, sila beri ulasan lanjut mengenai perkhidmatan kepakaran itu (*rujuk perkara 3*).
2. **Amalan perseorangan** merujuk kepada keadaan di mana seseorang klinik dijalankan oleh seorang pengamal perubatan berdaftar atau pengamal pergigian berdaftar tertentu secara tetap (*as a regular basis*).
Amalan berkumpulan merujuk kepada amalan yang bukan amalan perseorangan.
3. **Perkongsian** bermaksud terdapat sekumpulan individu yang bilangannya lebih daripada dua orang yang bekerja bersama, contohnya suatu perniagaan yang terdapat dua atau lebih pemilik.
Pertubuhan perbadanan bermaksud syarikat yang diperbadankan di bawah Akta Syarikat 1965.
Pertubuhan bermaksud badan yang ditubuhkan untuk menjalankan sesuatu lembaga, organisasi atau persatuan dan berdaftar dengan Akta Pertubuhan 1966.
4. **Perhubungan fizikal** merujuk kepada sama ada klinik pemohon terletak di dalam sesuatu kemudahan atau perkhidmatan jagaan kesihatan swasta yang berdaftar atau berlesen lain (*rujuk perkara 6.1*).
5. **Perhubungan organisasi** merujuk kepada sama ada klinik pemohon dimiliki oleh:
 - sebuah organisasi yang boleh memegang lesen atau perakuan pendaftaran kemudahan atau perkhidmatan jagaan kesihatan swasta yang mana klinik pemohon mempunyai perhubungan fizikal; **atau**
 - sebuah organisasi yang boleh memegang lesen atau perakuan pendaftaran kemudahan atau perkhidmatan jagaan kesihatan swasta yang mana klinik pemohon tidak mempunyai perhubungan fizikal; **atau**
 - mana-mana pertubuhan lain (*rujuk perkara 6.2*).
6. **Perhubungan pentadbiran** merujuk kepada sama ada klinik pemohon berada di bawah pentadbiran (contoh: gaji, pengurusan kakitangan, dsb.) dengan organisasi yang berhubung dengan secara fizikal dengan klinik pemohon (*rujuk perkara 6.3*).
7. Sekiranya klinik pemohon berkongsi kakitangan, perkhidmatan (contoh: makmal) atau kemudahan (contoh: perkhidmatan X-ray) dengan sebuah lagi klinik swasta yang lain, sila penuhi keperluan perkara 6.4.1.
8. Gambarajah skema (*schematic diagram*) boleh dilukis di atas kertas berukuran A4 atau A3. Sekiranya klinik pemohon terletak di sebuah premis yang mempunyai banyak aras, sila lukis gambarajah skema bagi aras yang berkaitan sahaja (*rujuk perkara 6.4.1*).
9. Pemohon perlu merujuk Seksyen 30, Akta Kemudahan Dan Perkhidmatan Jagaan Kesihatan Swasta 1998 sekiranya hendak mengisi (*perkara 6.5*).

Bahagian B

10. Akuan berkanun daripada pesuruhjaya sumpah yang menyatakan pemohon tidak pernah disabitkan atas apa-apa kesalahan yang melibatkan *fraud* atau kecurangan dan bukan seorang bankrap yang belum dilepaskan (*rujuk perkara 8k*).
11. Sekiranya terdapat lebih daripada satu permohonan pendaftaran bagi klinik perubatan swasta atau klinik pergigian swasta pada masa yang sama oleh seorang pemohon, sila senaraikan nama dan alamat klinik-klinik tersebut (*rujuk perkara 8l*).
12. Dokumen hendaklah disahkan oleh pesuruhjaya sumpah (*rujuk perkara 9e*).
13. **Orang yang bertanggungjawab** bermaksud orang yang bertanggungjawab bagi pengurusan klinik perubatan swasta atau klinik pergigian swasta hendaklah merupakan Pengamal Perubatan atau Pergigian Berdaftar seperti yang terdapat di dalam Jadual Ketiga Peraturan-Peraturan Kemudahan Dan Perkhidmatan Jagaan Kesihatan Swasta klinik perubatan swasta atau klinik pergigian swasta 2006 (*rujuk perkara 11*).
14. Istilah Bahasa Inggeris bagi **Organisasi Jagaan Yang Diuruskan** adalah *Managed Care Organisation (MCO)* (*rujuk perkara 12.3*).
15. **Sijil Siap dan Pematuhan Bangunan (*Certificate of Completion and Fitness*)** adalah sijil yang diperolehi dari pihak berkuasa tempatan yang menyatakan premis ini selamat diduduki. Jika sijil yang bersamaan dengan sijil Siap dan Pematuhan Bangunan dikemukakan, sila nyatakan dengan ringkas mengapa Sijil Siap dan Pematuhan Bangunan tidak diperolehi. (*rujuk perkara 12.6*).
16. Bayaran fi pemprosesan hendaklah dibuat atas nama **Pengarah Kesihatan Negeri**, kecuali Wilayah Persekutuan Kuala Lumpur dibuat atas nama **Ketua Akauntan Kementerian Kesihatan Malaysia**.
Kiriman Wang (*Money Order*),
Cek Berpalang, atau
Draf Bank
Nota: Cek persendirian dan wang tunai tidak diterima.
dan dihantar bersama borang permohonan beserta dokumen yang berkaitan ke **Jabatan Kesihatan Negeri** atau **Jabatan Kesihatan Wilayah Persekutuan** di negeri/wilayah masing-masing.
17. Sekiranya permohonan ini diluluskan oleh Ketua Pengarah Kesihatan, pemohon perlulah membayar fi pengeluaran perakuan pendaftaran sebanyak RM1000.00 di dalam bentuk
Kiriman Wang (*Money Order*),
Cek Berpalang, atau
Draf Bank
Nota: Cek persendirian dan wang tunai tidak diterima.
atas nama **Ketua Setiausaha Kementerian Kesihatan Malaysia** dan dihantar kepada **Bahagian Amalan Perubatan, Kementerian Kesihatan**.

JADUAL PERTAMA

BORANG A
[Subperaturan 3(1)]

AKTA KEMUDAHAN DAN PERKHIDMATAN JAGAAN KESIHATAN SWASTA 1998

**PERATURAN-PERATURAN KEMUDAHAN DAN PERKHIDMATAN JAGAAN
KESIHATAN SWASTA (KLINIK PERUBATAN SWASTA ATAU KLINIK PERGIGIAN
SWASTA) 2006**

PERMOHONAN BAGI PENDAFTARAN UNTUK MENUBUHKAN ATAU MENYENGGARAKAN ATAU
MENGENDALIKAN ATAU MENYEDIAKAN KLINIK PERUBATAN SWASTA ATAU
KLINIK PERGIGIAN SWASTA

Kepada:

KETUA PENGARAH KESIHATAN
KEMENTERIAN KESIHATAN, MALAYSIA

A. MAKLUMAT MENGENAI KLINIK SWASTA

1. Butir-butir klinik perubatan swasta atau klinik pergigian swasta:

(a) Nama klinik:

(b) Alamat klinik:

Bandar:

Poskod:

Negeri:

Faks:

Tel:

(c) Tarikh *ditubuhkan/akan ditubuhkan:

(d) Waktu klinik yang ditetapkan:

24 jam

kurang dari 24 jam

2. Jenis klinik yang berkenaan dengannya pendaftaran untuk menubuhkan atau menyenggarakan atau mengendalikannya atau menyediakan dipohon:

Tandakan (✓) di mana berkenaan.

Klinik perubatan swasta

Klinik pergigian swasta

3. Jenis perkhidmatan yang disediakan atau akan disediakan:

Tandakan (✓) di mana berkenaan.

Perubatan umum

Perkhidmatan kepakaran

Jika perkhidmatan kepakaran, sila nyatakan disiplin dan perkhidmatan utama yang disediakan atau akan disediakan (*sila gunakan lampiran jika perlu*):

.....
.....

4. Jenis amalan klinik perubatan swasta atau klinik pergigian swasta:

Tandakan (✓) di mana berkenaan.

Amalan perseorangan

Amalan berkumpulan

5. Jenis usaha niaga klinik perubatan swasta atau klinik pergigian swasta:

Tandakan (✓) di mana berkenaan.

Tuan punya tunggal

Perkongsian

Pertubuhan perbadanan

Pertubuhan

6. Varian klinik berkenaan dengan seksyen 30 Akta Kemudahan dan Perkhidmatan Jagaan Kesihatan Swasta 1998:

Tandakan (✓) di mana berkenaan.

6.1. Perhubungan fizikal dengan kemudahan jagaan kesihatan swasta lain.

Ya Tidak

Jika ya, sila nyatakan jenis dan nama kemudahan jagaan kesihatan swasta yang berhubung secara fizikal dengan klinik:

.....
.....

6.2. Perhubungan organisasi, jika ada, dengan kemudahan jagaan kesihatan swasta lain.

Ya Tidak

Jika ya, sila namakan organisasi berkenaan, kemukakan struktur organisasi dan perihalkan cara perhubungan (*sila gunakan lampiran jika perlu*):

.....
.....

6.3. Perhubungan pentadbiran dengan kemudahan jagaan kesihatan swasta lain.

Ya Tidak

Jika ya, sila perihalkan perhubungan pentadbiran (*sila gunakan lampiran jika perlu*):

.....
.....

6.4. Bagi klinik bebas di premis yang sama dengan klinik perubatan swasta atau klinik pergigian swasta lain yang berkongsi tenaga manusia, perkhidmatan dan kemudahan tetapi tidak berhubung dari segi pentadbiran atau organisasi dengan klinik perubatan swasta atau klinik pergigian swasta itu.

6.4.1. Sila sediakan gambar rajah skema bagi keseluruhan premis, lokasi semua klinik perubatan swasta atau klinik pergigian swasta pada premis itu, lokasi kemudahan yang dikongsi dan perihalkan jenis dan cara yang tenaga manusia, perkhidmatan dan kemudahan berkenaan dikongsi (*sila gunakan lampiran*).

6.4.2. Nyatakan butir-butir orang atau badan yang memiliki atau mengawal kemudahan, tenaga manusia atau perkhidmatan yang dikongsi termasuklah:

- (i) Nama;
- (ii) Alamat penuh kediaman;
- (iii) Alamat penuh perniagaan;
- (iv) No. KPPN atau passport;
- (v) Tarikh lahir;
- (vi) Jantina;
- (vii) Bangsa;
- (viii) Kerakyatan; dan
- (ix) Kelayakan profesional, jika ada.

6.5. Jika klinik itu tidak termasuk dalam perihalan di bawah perenggan (a) hingga (f) seksyen 30 Akta Kemudahan dan Perkhidmatan Jagaan Kesihatan Swasta 1998, perihalkan bentuk organisasi atau pentadbiran yang termasuklah struktur organisasi, gambar rajah skema premis tempat klinik itu terletak dan apa-apa maklumat berkaitan lain yang difikirkan sesuai yang berhubung dengan status klinik (*sila gunakan lampiran*).

7. Jenis pemunyaan premis yang klinik perubatan swasta atau klinik pergigian swasta akan dikendalikan atau disenggarakan:

Tandakan (✓) di mana berkenaan.

- Sendiri
- Pajakan
- Sewa
- Lain-lain

Nyatakan:

B. MAKLUMAT MENGENAI PEMOHON

8. Butir-butir pemohon:

Catatan: *Dalam hal klinik perubatan swasta, pemohon hendaklah merupakan pengamal perubatan berdaftar. Dalam hal klinik pergigian swasta, pemohon hendaklah merupakan pengamal pergigian berdaftar atau pertubuhan perbadanan dan pemohon hendaklah merupakan orang yang diberi kuasa untuk memohon bagi pihak pertubuhan perbadanan itu.*

(a) Nama:

(b) No. KPPN:

(c) Tarikh lahir:

(d) Jantina:

(e) Bangsa:

(f) Kerakyatan:

(g) Alamat:

(i) Tempat kerja semasa:

.....
.....

Bandar:

Poskod:

Negeri:

Faks:

Tel:

(ii) Kediaman tetap:

.....
.....

Bandar:

Poskod:

Negeri:

Faks:

Tel:

(iii) Alamat surat-menyurat (*jika berlainan daripada alamat tempat kerja*):

.....
.....

Bandar:

Poskod:

Negeri:

Faks:

Tel:

(iv) E-mel:

(h) Kelayakan profesional (*sila gunakan lampiran jika perlu*):

Bil.	Kelayakan (<i>sila lampirkan salinan benar yang diperakui</i>)	Institusi atau Badan Yang Menganugerahkan Kelayakan	Tahun

(i) Pendaftaran profesional (*sila gunakan lampiran jika perlu*):

Nama Badan Yang Mendaftar	No. Pendaftaran Penuh (<i>sila lampirkan salinan benar yang diperakui bagi perakuan</i>)	Tahun	No. Perakuan Pengamalan Semasa (<i>sila lampirkan salinan benar yang diperakui bagi perakuan</i>)	Tahun

(j) Pengalaman kerja (*sila nyatakan pengalaman pentadbiran dan klinikal dan jika perlu, gunakan lampiran*):

Bil.	Pengalaman kerja	Tempat	Tempoh atau Tahun

(k) Akuan berkanun bahawa dia tidak pernah disabitkan atas apa-apa kesalahan yang melibatkan fraud atau ketidakjujuran dan bukan seorang bankrap yang belum dilepaskan.

(l) Pendaftaran atau permohonan pendaftaran terdahulu atau semasa lain klinik perubatan swasta atau klinik pergigian swasta di Malaysia (*sila lampirkan salinan yang diperakui dan jika perlu, gunakan lampiran*).

C. MAKLUMAT MENGENAI PERKONGSIAN ATAU PERTUBUHAN PERBADANAN ATAU PERTUBUHAN

Catatan: Jika bukan perkongsian atau pertubuhan perbadanan atau pertubuhan, sila teruskan ke Seksyen D.

9. Butir-butir yang berhubungan dengan *perkongsian/pertubuhan perbadanan/pertubuhan:

(a) Nama *perkongsian/pertubuhan perbadanan/pertubuhan:

.....
.....

(b) Nombor pendaftaran:

(c) Tahun diperbadankan atau didaftarkan:

(d) Alamat perkongsian/pertubuhan perbadanan/pertubuhan:

.....
.....

Bandar:

Poskod:

Negeri:

Faks:

Telefon:

E-mel:

(e) Dokumen konstituen yang hendaklah dikemukakan, disahkan dengan sewajarnya oleh akuan berkanun.

10. Butir-butir setiap anggota perkongsian atau lembaga pengarah pertubuhan perbadanan (*sila gunakan lampiran jika perlu*):

(a) Nama:

(b) No. KPPN:

(c) Tarikh lahir:

(e) Jantina:

(d) Bangsa:

(f) Kerakyatan:

(g) Alamat:

(i) Tempat kerja semasa:

.....
.....

Bandar:

Poskod:

Negeri:

Faks:

Tel:

(j) Pengalaman kerja (sila nyatakan pengalaman pentadbiran dan klinikal dan jika perlu, gunakan lampiran):

Bil.	Pengalaman kerja	Tempat	Tempoh atau Tahun

(k) Akuan berkanun bahawa dia tidak pernah disabitkan atas apa-apa kesalahan yang melibatkan fraud atau ketidakjujuran dan bukan seorang bankrap yang belum dilepaskan.

D. MAKLUMAT MENGENAI ORANG YANG BERTANGGUNGJAWAB

Catatan: Jika orang yang bertanggungjawab berlainan daripada pemohon.

11. Butir-butir orang yang bertanggungjawab bagi klinik perubatan swasta atau klinik pergigian swasta jika berlainan daripada pemohon:

(a) Nama:

(b) No. KPPN:

(c) Tarikh lahir:

(e) Jantina:

(d) Bangsa:

(f) Kerakyatan:

(g) Alamat:

(i) Tempat kerja semasa:

.....
.....

Bandar:

Poskod:

Negeri:

Faks:

Tel:

(ii) Kediaman tetap:

.....
.....

Bandar:

Poskod:

Negeri:

Faks:

Tel:

(iii) Alamat surat-menyurat (jika berlainan daripada alamat tempat kerja):

.....
.....

Bandar:

Poskod:

Negeri:

Faks:

Tel:

(iv) E-mel:

(h) Kelayakan profesional (sila gunakan lampiran jika perlu):

Bil.	Kelayakan (sila lampirkan salinan benar yang diperakui)	Institusi atau Badan Yang Menganugerahkan Kelayakan	Tahun

(i) Pendaftaran profesional (sila gunakan lampiran jika perlu):

Nama Badan Yang Mendaftar	No. Pendaftaran Penuh (sila lampirkan salinan benar yang diperakui bagi perakuan)	Tahun	No. Perakuan Pengamalan Semasa (sila lampirkan salinan benar yang diperakui bagi perakuan)	Tahun

(j) Pengalaman kerja (sila nyatakan pengalaman pentadbiran dan klinikal dan jika perlu, gunakan lampiran):

Bil.	Pengalaman kerja	Tempat	Tempoh atau Tahun

- (k) Akuan berkanun bahawa dia tidak pernah disabitkan atas apa-apa kesalahan yang melibatkan fraud atau ketidakjujuran dan bukan seorang bankrap yang belum dilepaskan.

E. MAKLUMAT LAIN

12. Dengan tiap-tiap permohonan hendaklah dikemukakan **dua set** yang berikut (*sila gunakan lampiran*):
- 12.1. Butir-butir terperinci kakitangan yang diambil kerja, diguna khidmat atau diberikan keistimewaan untuk menjalankan amalan di klinik perubatan swasta atau klinik pergigian swasta:
- (a) Bilangan kakitangan mengikut kategori;
 - (b) Bagi setiap pengamal perubatan berdaftar atau pengamal pergigian berdaftar yang diambil kerja atau diguna khidmat, butir-butir yang berikut hendaklah diberikan:
 - (i) Nama;
 - (ii) Tarikh lahir;
 - (iii) Jantina;
 - (iv) Bangsa;
 - (v) Kerakyatan;
 - (vi) No. KPPN atau pasport;
 - (vii) Kelayakan profesional;
 - (viii) Nombor pendaftaran dengan mana-mana badan kawal selia profesional;
 - (ix) Latihan dan pengalaman kerja berkaitan yang berhubungan dengan penggajian atau penggunaan khidmat;
 - (x) Status sama ada sepenuh masa atau sambilan atau sukarelawan atau *locum tenens* atau perunding kehormat;
 - (xi) Status sama ada sebahagian daripada amalan berkumpulan;
 - (xii) Alamat penuh kediaman;
 - (xiii) Alamat tempat amalan lain; dan
 - (xiv) Nombor telefon lain.
 - (c) Bagi profesional jagaan kesihatan lain, jika ada, termasuklah jururawat berdaftar, pembantu jururawat berdaftar, ahli farmasi berdaftar, bidan berdaftar, pembantu perubatan berdaftar dan profesional jagaan kesihatan berkaitan, butir-butir yang berkaitan sebagaimana dalam subperenggan 12.1. (b)(i) hingga (x);
 - (d) Bagi profesional separa lain termasuklah pembantu jagaan peribadi, butir-butir yang berkaitan sebagaimana dalam subperenggan 12.1. (b)(i) hingga (vi), termasuklah latihan dan pengalaman kerja.
- 12.2. Susun atur klinik sekarang atau yang dicadangkan:
- (a) Dilukiskan tidak kurang daripada skala 1:100, yang termasuklah pelan, lukisan dan spesifikasi dan setiap dokumen hendaklah diberi tajuk dan dinomborkan bagi pengenalan;

(b) Spesifikasi hendaklah menunjukkan tetapi tidak terhad kepada yang berikut:

- (i) Ukuran dalaman (*panjang, lebar dan tinggi*) setiap petak;
- (ii) Tujuan atau kegunaan setiap petak;
- (iii) Kedudukan dan lebar pintu, tingkap, pintu masuk dan pintu keluar;
- (iv) Lokasi dan jenis bangku, katil atau kerusi panjang, lekapan dan kelengkapan utama; dan
- (v) Lokasi dan jenis pencahayaan, punca elektrik, penghawa dingin, jika ada, peralatan memadam kebakaran, jika ada, dan seumpamanya.

12.3. Butir-butir mana-mana Organisasi Jagaan Yang Diuruskan yang mempunyai apa-apa kontrak atau perkiraan dengan klinik perubatan swasta atau klinik pergigian swasta:

- (a) Nama Organisasi Jagaan Yang Diuruskan;
- (b) Tarikh kontrak dimeteraikan atau perkiraan diadakan dengan Organisasi Jagaan Yang Diuruskan;
- (c) Jenis Kontrak atau perkiraan dengan Organisasi Jagaan Yang Diuruskan (*sila lampirkan dokumen yang menyokong*); dan
- (d) Alamat:

.....
.....

Bandar:	Poskod:
Negeri:	Faks:
Tel:	E-mel:

12.4. Penyata Kewangan (*sila lampirkan dokumen yang menyokong*):

- (a) Modal berbayar
 - (i) Tempatan:
 - (ii) Asing:
- (b) Jumlah pinjaman (jika ada)
 - (i) Tempatan:
 - (ii) Asing:
- (c) Jumlah pelaburan [(a) + (b)]:
- (d) Kos projek jika berlainan daripada jumlah pelaburan (*sila nyatakan sebab*):

.....
.....

12.5. Salinan benar yang diperakui bagi Perakuan Bomba atau yang bersamaan dengannya.

12.6. Salinan benar yang diperakui bagi Sijil Siap dan Pematuhan bangunan atau yang bersamaan dengannya.

13. Butir-butir mengenai *kiriman wang/cek/draf bank yang dilampirkan:

(a) Nombor:

(b) Jumlah wang:

(c) Bank:

Saya mengakui bahawa maklumat 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.

.....
Tandatangan **pemohon

Nama pemohon (dalam huruf besar):

No. KPPN:

Cop rasmi pertubuhan perbadanan

Bertarikh:

Catatan: * Potong mana-mana yang tidak berkenaan.

** Dalam hal klinik perubatan swasta, pemohon hendaklah merupakan pengamal perubatan berdaftar. Dalam hal klinik pergigian swasta, pemohon hendaklah merupakan pengamal pergigian berdaftar atau pertubuhan perbadanan dan pemohon itu hendaklah merupakan orang yang diberi kuasa untuk memohon bagi pihak pertubuhan perbadanan dan hendaklah mengemukakan surat pemberian kuasa.

ALAMAT-ALAMAT UNIT KAWALAN AMALAN PERUBATAN SWASTA

UNIT KAWALAN AMALAN PERUBATAN SWASTA
JABATAN KESIHATAN NEGERI SABAH, TINGKAT 3, RUMAH PERSEKUTUAN, 88590 KOTA KINABALU, SABAH
TEL: 088-265960 EXT. 114

UNIT KAWALAN AMALAN PERUBATAN SWASTA
JABATAN KESIHATAN WILAYAH PERSEKUTUAN LABUAN, PETI SURAT 80832
87018 WILAYAH PERSEKUTUAN LABUAN
TEL: 087-411702

UNIT KAWALAN AMALAN PERUBATAN SWASTA
JABATAN KESIHATAN NEGERI SARAWAK, JALAN TUN ABANG HAJI OPENG, 93590 KUCHING, SARAWAK
TEL: 082-243423/256566 EXT. 216/402

UNIT KAWALAN AMALAN PERUBATAN SWASTA
JABATAN KESIHATAN NEGERI PERAK, JALAN PANGLIMA BUKIT GANTANG WAHAB,
30590 IPOH, PERAK DARUL RIDZUAN
TEL: 05-2411834/2533489

UNIT KAWALAN AMALAN PERUBATAN SWASTA
JABATAN KESIHATAN NEGERI KELANTAN, ARAS 5, WISMA PERSEKUTUAN, JALAN BAYAM,
15590 KOTA BHARU, KELANTAN DARUL NAIM
TEL: 09-7443960/7413368

UNIT KAWALAN AMALAN PERUBATAN SWASTA
JABATAN KESIHATAN NEGERI PULAU PINANG, TINGKAT 37, BANGUNAN KOMTAR, 10590 PULAU PINANG
TEL: 04-2625551/2625533

UNIT KAWALAN AMALAN PERUBATAN SWASTA
JABATAN KESIHATAN NEGERI KEDAH, LEBUHRAYA SULTANAH BAHYIAH
05350 ALOR SETAR, KEDAH DARUL AMAN
TEL: 04-7333151 (PENGARAH)/7335533 (UKAPS) EXT. 350/351

UNIT KAWALAN AMALAN PERUBATAN SWASTA
JABATAN KESIHATAN NEGERI TERENGGANU, TINGKAT 5, WISMA PERSEKUTUAN, JALAN SULTAN ISMAIL,
20920 KUALA TERENGGANU, TERENGGANU DARUL IMAN
TEL: 09-6222749/6222866

UNIT KAWALAN AMALAN PERUBATAN SWASTA
JABATAN KESIHATAN NEGERI JOHOR, TINGKAT 5, BLOK B, WISMA PERSEKUTUAN, JALAN AIR MOLEK,
80590 JOHOR BAHRU, JOHOR DARUL TAKZIM
TEL: 07-2245188/2245189 EXT. 204/205

UNIT KAWALAN AMALAN PERUBATAN SWASTA
JABATAN KESIHATAN NEGERI PAHANG, TINGKAT 12, WISMA PERSEKUTUAN, JALAN GAMBUT,
25000 KUANTAN, PAHANG DARUL MAKMUR
TEL: 09-5161366 EXT. 234

UNIT KAWALAN AMALAN PERUBATAN SWASTA
JABATAN KESIHATAN NEGERI PERLIS, TINGKAT 8, BANGUNAN PERSEKUTUAN, PERSIARAN JUBLI EMAS,
01000 KANGAR, PERLIS INDERA KAYANGAN
TEL: 04-9761072

JABATAN KESIHATAN NEGERI SELANGOR
TINGKAT 10 & 11 WISMA SUNWAYMAS, LOT 1, JALAN TENGKU AMPUAN ZABEDAH C9/C,
40100 SHAH ALAM, SELANGOR DARUL EHSAN
TEL: 03-51237333/334/335/51237271

JABATAN KESIHATAN NEGERI SEMBILAN
JALAN LEE SAM, 70590 SEREMBAN, NEGERI SEMBILAN DARUL KHUSUS
TEL: 06-7625231/7625232

UNIT KAWALAN AMALAN PERUBATAN SWASTA
JABATAN KESIHATAN NEGERI MELAKA, NO. 5, TINGKAT 1, KLINIK KESIHATAN, JALAN GEREJA,
75000 MELAKA
TEL: 06-2849272

UNIT KAWALAN AMALAN PERUBATAN SWASTA
JABATAN KESIHATAN WILAYAH PERSEKUTUAN, JALAN CENDERASARI, 50590 KUALA LUMPUR
TEL: 03-26940701/26938741/26938742 EXT. 124/126

CAWANGAN KAWALAN AMALAN PERUBATAN SWASTA
BAHAGIAN AMALAN PERUBATAN, KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA, ARAS 3, BLOK E1, PARCEL E
PUSAT PENTADBIRAN KERAJAAN PERSEKUTUAN, 62590 PUTRAJAYA
TEL: 03-88831280/88831309

