



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

BORANG 1

**PERMOHONAN UNTUK KELULUSAN
MENUBUHKAN ATAU MENYELENGGARAKAN KEMUDAHAN DAN
PERKHIDMATAN JAGAAN KESIHATAN SWASTA**

PANDUAN MENGISI BORANG 1

Peringatan:

- **Fi pemprosesan Borang 1 adalah bergantung kepada jenis kemudahan dan bilangan katil. (Sila rujuk Jadual Ketiga (Fi Kelulusan, Lesen dan Pentadbiran), Peraturan-Peraturan Kemudahan dan Perkhidmatan Jagaan Kesihatan Swasta).**
- **Pemohon dinasahati mengisi Borang 1 dengan lengkap.**
- **Borang 1 yang tidak mengandungi maklumat yang betul dan lengkap tidak akan diproses dan fi pemprosesan tidak akan dipulangkan sekiranya permohonan ditolak.**
- **Sila gunakan pen berdakwa hitam dan tulisan HURUF BESAR.**
- **Semua salinan dokumen hendaklah diakui sah oleh pegawai kumpulan A (pengurusan dan profesional).**

Bahagian A:

1. **Tuan punya tunggal** bermaksud pemilik perseorangan.
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.
2. 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 1(k), 2(k) dan 3(k)*).

Bahagian B

3. **“Aturan komprehensif pengambilan tenaga kerja termasuk program latihan yang dicadangkan”** bermaksud prosedur pengambilan pekerja termasuk program orientasi sebelum memulakan perkhidmatan dan latihan yang diberi kepada pekerja, semasa dalam perkhidmatan (*in-service training*) (*rujuk perkara 5.1*).
4. **Tapak kemudahan** bermaksud tempat atau lokasi (*site*) kemudahan atau perkhidmatan yang dicadangkan. **Nama tapak** bermaksud alamat premis berkenaan. (*rujuk perkara 5.2*)
5. Butir-butir kelengkapan atau teknologi yang canggih dan mahal yang diperlukan adalah nama, bilangan dan model kelengkapan atau teknologi tersebut. (*rujuk perkara 5.4*).
6. Susun atur bangunan yang lengkap bermaksud *loaded plan* bagi bangunan tersebut (*rujuk perkara 5.7*)

Bahagian D

7. Bayaran Fi pemprosesan hendaklah dibuat atas nama **Ketua Setiausaha Kementerian Kesihatan Malaysia** dalam bentuk

Kiriman Wang (*Money Order*);
Cek Berpalang; atau
Draf Bank

Nota: Cek persendirian dan wang tunai tidak diterima

dan dihantar bersama borang beserta dokumen yang berkaitan kepada **Bahagian Amalan Perubatan Kementerian Kesihatan Malaysia**.

JADUAL PERTAMA

BORANG 1
[Subperaturan 3(1)]

AKTA KEMUDAHAN DAN PERKHIDMATAN JAGAAN KESIHATAN SWASTA 1998

**PERATURAN-PERATURAN KEMUDAHAN DAN PERKHIDMATAN JAGAAN
KESIHATAN SWASTA (HOSPITAL SWASTA DAN KEMUDAHAN JAGAAN KESIHATAN
SWASTA LAIN) 2006**

PERMOHONAN BAGI KELULUSAN UNTUK MENUBUHKAN ATAU MENYENGGARAKAN KEMUDAHAN ATAU
PERKHIDMATAN JAGAAN KESIHATAN SWASTA

Kepada,

KETUA PENGARAH KESIHATAN
KEMENTERIAN KESIHATAN, MALAYSIA

A. BUTIR-BUTIR PEMOHON

Catatan: *Dalam hal tuan punya tunggal, pemohon hendaklah merupakan seorang pengamal perubatan berdaftar atau boleh berupa seorang jururawat berdaftar bagi suatu rumah jagaan kejururawatan swasta atau boleh berupa seorang bidan berdaftar bagi suatu rumah bersalin swasta dan sila teruskan ke Seksyen I.*

Dalam hal perkongsian atau pertubuhan perbadanan atau pertubuhan, pemohon hendaklah diberi kuasa untuk memohon bagi pihak perkongsian atau pertubuhan perbadanan atau pertubuhan itu dan sila teruskan ke Seksyen II.

Jenis usaha niaga
(Tandakan (✓) di mana berkenaan)

Tuan punya tunggal

Pertubuhan perbadanan

Perkongsian

Pertubuhan

SEKSYEN I – JIKA TUAN PUNYA TUNGGAL

1. Butir-butir tuan punya tunggal:

(a) Nama:

(b) No. KPPN:

(c) Tarikh lahir:

(d) Jantina:

(e) Bangsa:

(f) Kerakyatan:

(g) Alamat:

(i) Tempat kerja semasa:

.....
.....

Bandar:

Poskod:

Negeri:

Tel:

Faks:

(ii) Kediaman tetap:

.....
.....

Bandar: Poskod:

Negeri:

Tel: Faks:

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

.....
.....

Bandar: Poskod:

Negeri:

Tel: Faks:

(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) Lesen atau pendaftaran yang dipegang bagi kemudahan atau perkhidmatan jagaan kesihatan swasta yang terdahulu atau semasa lain (*jika ada, sila nyatakan dan jika perlu, gunakan lampiran*):

Bil.	Nama Kemudahan atau Perkhidmatan	No. Lesen atau Pendaftaran	Tahun Diluluskan

SEKSYEN II – JIKA PERKONGSIAN ATAU PERTUBUHAN PERBADANAN ATAU PERTUBUHAN

2. Butir-butir orang yang diberi kuasa

(a) Nama:

(b) No. KPPN:

(c) Tarikh Lahir:

(d) Jantina:

(e) Bangsa:

(f) Kerakyatan:

(g) Alamat:

(i) Tempat kerja semasa:

.....

Bandar:

Poskod:

Negeri:

Tel:

Faks:

(ii) Kediaman tetap:

.....

Bandar:

Poskod:

Negeri:

Tel:

Faks:

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

.....

Bandar:

Poskod:

Negeri:

Tel:

Faks:

(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 (jika ada, sila nyatakan dan jika perlu, gunakan lampiran):

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.

(l) Lesen atau pendaftaran yang dipegang bagi kemudahan atau perkhidmatan jagaan kesihatan swasta yang terdahulu atau semasa lain (jika ada, sila nyatakan dan jika perlu, gunakan lampiran):

Bil.	Nama Kemudahan atau Perkhidmatan	No. Lesen atau Pendaftaran	Tahun Diluluskan

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

(a) Nama:

(b) No. KPPN:

(c) Tarikh Lahir:

(d) Jantina:

(e) Bangsa:

(f) Kerakyatan:

(g) Alamat:

(i) Tempat kerja semasa:

.....
.....

Bandar: Poskod:
Negeri:
Tel: Faks:

(ii) Kediaman tetap:

.....
.....

Bandar: Poskod:
Negeri:
Tel: Faks:

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

.....
.....

Bandar: Poskod:
Negeri:
Tel: Faks:

(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 (*jika ada, sila nyatakan dan jika perlu, gunakan lampiran*):

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) Lesen atau pendaftaran yang dipegang bagi kemudahan atau perkhidmatan jagaan kesihatan swasta yang terdahulu atau semasa lain (*jika ada, sila nyatakan dan jika perlu, gunakan lampiran*):

Bil.	Nama Kemudahan atau Perkhidmatan	No. Lesen atau Pendaftaran	Tahun Diluluskan

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

4.1 Nama *perkongsian/pertubuhan perbadanan/pertubuhan:

.....

4.2 Nombor pendaftaran:

4.3 Tahun diperbadankan atau didaftarkan:

4.4 Jika organisasi atau pertubuhan tidak mencari keuntungan atau khairat, sila lampirkan dokumen yang menyokong yang mengesahkan status itu.

4.5 Dokumen konstituen yang hendaklah dikemukakan, disahkan dengan sewajarnya oleh akuan berkanun.

B. MAKLUMAT MENGENAI KEMUDAHAN ATAU PERKHIDMATAN JAGAAN KESIHATAN SWASTA YANG DICADANGKAN

1. Nama:

.....

2. Alamat:

.....

Bandar:

Poskod:

Negeri:

3. Jenis kemudahan jagaan kesihatan yang berkenaan dengannya kelulusan untuk menubuhkannya atau menyenggarakannya diminta. (Tandakan (✓) di mana berkenaan dan sila gunakan lampiran jika perlu):

Jenis kemudahan jagaan kesihatan

- hospital swasta
- hospital psikiatri swasta
- pusat jagaan ambulatori swasta
- rumah jagaan kejururawatan swasta
- rumah jagaan kejururawatan psikiatri swasta
- rumah bersalin swasta
- bank darah swasta
- pusat hemodialisis swasta
- hospis swasta
- pusat kesihatan mental masyarakat swasta
- apa-apa kemudahan atau perkhidmatan jagaan kesihatan swasta atau perkhidmatan yang berhubungan dengan kesihatan lain (sila nyatakan)

4. Jenis perkhidmatan jagaan kesihatan yang berkenaan dengannya kelulusan untuk menubuhkannya atau menyenggarakannya diminta hendaklah diberikan mengenai setiap kemudahan yang dinamakan di bawah 3. (Tandakan (✓) di mana berkenaan dan sila gunakan lampiran jika perlu):

Jenis perkhidmatan jagaan kesihatan

4.1 Perkhidmatan pesakit dalam termasuk perkhidmatan jagaan ambulatori

- perkhidmatan perubatan
- perkhidmatan pembedahan
- perkhidmatan obstetrik dan ginekologi
- perkhidmatan pediatrik
- perkhidmatan neonatal
- perkhidmatan jagaan kritikal atau jagaan intensif
- perkhidmatan kecemasan
- perkhidmatan pemulihan
- perkhidmatan jagaan hospis atau jagaan paliatif
- perkhidmatan endoskopik
- lain-lain (sila nyatakan)

4.2 Perkhidmatan yang berhubungan dengan jagaan pesakit

- perkhidmatan anestesia
- perkhidmatan radiologi atau pengimejan
- perkhidmatan kejururawatan
- perkhidmatan bank darah
- perkhidmatan hemodialisis
- perkhidmatan makmal
- perkhidmatan jagaan kesihatan berkaitan
- perkhidmatan jagaan prahospital
- perkhidmatan ambulans
- perkhidmatan farmaseutikal
- perkhidmatan pensterilan berpusat perubatan-pembedahan
- perkhidmatan diet
- perkhidmatan jagaan kejururawatan di rumah
- lain-lain (*sila nyatakan*)

4.3 Perkhidmatan pesakit luar

- am (**perubatan/pergigian*)
- pakar (*namakan disiplin*)

4.4 Perkhidmatan bukan klinikal

- perkhidmatan dobi
- perkhidmatan pengemasan
- lain-lain (*sila nyatakan*)

5. Dengan permohonan ini, jika perlu, yang berikut hendaklah dikemukakan sebagai lampiran:

5.1 Cadangan perkiraan yang komprehensif bagi pengambilan tenaga kerja termasuk program latihan yang dicadangkan (*sebelum memulakan perkhidmatan dan dalam perkhidmatan*).

5.2 Tapak kemudahan atau perkhidmatan yang dicadangkan termasuk:

Tapak	Nama Tapak	Liputan Bilangan Penduduk Semasa
(a) *Pihak berkuasa tempatan/ Kawasan perbandaran		
(b) Daerah		
(c) *Bandar/Bandar raya		
(d) *Negeri/Wilayah		

- 5.3 Unjuran taburan bilangan penduduk bagi kemudahan atau perkhidmatan jagaan kesihatan yang dicadangkan:
-
- 5.4 Butir-butir kemudahan atau perkhidmatan jagaan kesihatan yang dicadangkan termasuk yang digunakan atau yang dimaksudkan:
- (a) Penggunaan kelengkapan dan teknologi yang canggih atau mahal seperti Pengimejan Resonan Magnetik (MRI), litotripter, Imbas Tomografi Berkomputer (CT), dsb.; dan
 - (b) Jumlah bilangan katil/kot/basinet/kerusi panjang atau yang bersamaan dengannya mengikut disiplin/wad.
- 5.5 Perihal kemudahan atau perkhidmatan kepada bangunan:
- (a) Jumlah keluasan lantai:.....
 - (b) Bilangan tingkat:.....
 - (c) Sumber bekalan air:.....
 - (d) Kaedah pelupusan kumbahan:.....
 - (e) Kaedah pelupusan sampah:.....
 - (f) Kaedah pelupusan sisa patologi:.....
- 5.6 Pelan tapak hendaklah dilukis mengikut skala yang tidak kurang daripada 1:5000 yang menunjukkan kedudukan bangunan itu berhubung dengan sempadan tapak itu, dengan mana-mana bangunan sedia ada pada atas atau bersebelahan dengan tapak itu, dan dengan jalan/lebuhraya yang bersebelahan dengan bangunan, ciri am kemudahan atau perkhidmatan yang bersebelahan dengan tapak itu, nama jalan/lebuhraya dan arah utama, mata angin.
- 5.7 Susun atur bangunan yang lengkap:
- (a) Hendaklah dilukis mengikut skala 1:100 dan salinan pelan, bahagian, sisi dan penyenggaraan setiap tingkat bangunan. Setiap dokumen hendaklah berjudul dan bernombor untuk pengenalpastian.
 - (b) Spesifikasi yang berikut hendaklah ditunjukkan:
 - (i) ukuran dalaman dalam angka (*iaitu panjang, lebar dan tinggi plat dinding dan siling masing-masing*) bagi setiap tingkat dan setiap petak bagi setiap tingkat;
 - (ii) maksud atau kegunaan yang setiap petak kena letakkan;
 - (iii) penetapan bilik/wad dengan huruf atau angka berserta dengan bilangan katil/kot/basinet/kerusi panjang atau yang bersamaan dengannya yang disediakan dalam bangunan;
 - (iv) kedudukan katil/kot/basinet/kerusi panjang atau yang bersamaan dengannya dan tabir katil di setiap bilik/wad/nurseri;

- (v) kedudukan dan lebar pintu dan ayunan pintu;
- (vi) lebar koridor di kawasan jagaan pesakit;
- (vii) kedudukan tingkap dan keluasan bukaan cahaya;
- (viii) lokasi dan jenis lekapan kebersihan;
- (ix) lebar tangga (*jika ada*) dan ukuran anak tangga dan tettingkat;
- (x) perincian lampu, salur keluar elektrik, pengalihudaraan mekanikal, kelengkapan memadam kebakaran dan yang seumpamanya; dan
- (xi) perincian bahan, pembinaan dan kemasan.

C. MAKLUMAT TENTANG PEMUNYAAN PREMIS

Catatan: *Pemunya boleh berupa tuan punya tunggal atau orang yang diberi kuasa bagi pihak perkongsian atau pertubuhan perbadanan atau pertubuhan*

Jenis pemunyaan premis yang kemudahan atau perkhidmatan jagaan kesihatan swasta akan ditubuhkan atau disenggarakan:

(Tandakan (✓) di mana berkenaan)

Premis sendiri — sila terus ke Bahagian D

Penyewa — sila lengkapkan butir-butir yang berikut:

(a) Nama:

(b) No. KPPN:

(c) Tarikh Lahir:

(d) Jantina:

(e) Bangsa:

(f) Kerakyatan:

(g) Alamat:

(i) Tempat kerja semasa:

.....

Bandar:

Poskod:

Negeri:

Tel:

Faks:

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

.....
.....

Bandar:

Poskod:

Negeri:

Tel:

Faks:

(iii) E-mel:

(h) Nama *perkongsian/pertubuhan perbadanan/pertubuhan (*untuk diisi sekiranya bukan tuan punya tunggal*):

D. MAKLUMAT LAIN

1. Penyata kewangan (*sila lampirkan dokumen yang menyokong*):

(a) Modal berbayar:

(i) Tempatan:

(ii) Asing:

(b) Jumlah pinjaman (*jika ada*):

(c) Jumlah pelaburan yang dicadangkan [(a) + (b)]:

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

(a) Nombor:

(b) Jumlah wang:

(c) Pejabat pos/Bank dan Tarikh:

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 *perkongsian/pertubuhan perbadanan/pertubuhan

Bertarikh.....

Catatan: * *Potong mana-mana yang tidak berkenaan.*

** *Dalam hal perkongsian atau pertubuhan perbadanan atau pertubuhan, pemohon hendaklah merupakan orang yang diberi kuasa untuk memohon bagi pihak perkongsian atau pertubuhan perbadanan atau pertubuhan itu dan hendaklah mengemukakan surat pemberian kuasa.*

ALAMAT-ALAMAT UNIT KAWALAN AMALAN PERUBATAN SWASTA

UNIT KAWALAN AMALAN PERUBATAN SWASTA
JABATAN KESIHATAN NEGERI SABAH, TINGKAT 1, RUMAH PERSEKUTUAN, 88814 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 KOMAR, 10590 PULAU PINANG
TEL: 04-2625551/2625533

UNIT KAWALAN AMALAN PERUBATAN SWASTA
JABATAN KESIHATAN NEGERI KEDAH, JALAN PERAK, OFF SEBERANG JALAN PUTRA,
05150 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 TENGGU 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

