



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

BORANG 3

**PERMOHONAN LESEN ATAU PEMBAHARUAN LESEN UNTUK
MENGENDALIKAN ATAU MENYEDIAKAN KEMUDAHAN ATAU
PERKHIDMATAN JAGAAN KESIHATAN SWASTA**

PANDUAN MENGISI BORANG 3

Peringatan:

- **Fi pemprosesan Borang 3 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 dinasihati mengisi Borang 3 dengan lengkap.**
- **Borang 3 yang tidak mengandungi maklumat yang betul dan lengkap tidak akan diproses dan fi pemprosesan tidak akan dipulangkan sekiranya permohonan ditolak.**
- **Sila gunakan pen berdakwat hitam dan tulisan HURUF BESAR.**
- **Semua salinan dokumen hendaklah diakui sah oleh pegawai kumpulan A (pengurusan dan profesional).**

Bahagian B:

1. **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.

Bahagian C:

2. **Orang Yang Bertanggungjawab** ertinya seseorang yang bertanggungjawab bagi pengurusan dan kawalan kemudahan atau perkhidmatan jagaan kesihatan swasta yang ada kena-mengena dengan sesuatu lesen atau pendaftaran. Orang ini mestilah mempunyai apa-apa kelayakan, latihan dan pengalaman sebagaimana yang ditetapkan di dalam Jadual Ketiga Peraturan-Peraturan Kemudahan Dan Perkhidmatan Jagaan Kesihatan Swasta (selain klinik perubatan swasta atau klinik pergigian swasta) 2006.

Bahagian D:

3. **Bahagian D**, sila lengkapkan sekiranya berkenaan.

Bahagian E:

4. **Bahagian E**, sila sertakan butir-butir Ketua Jabatan/Perkhidmatan di premis berkenaan.

Bahagian F:

5. Sila sertakan **Sijil Siap dan Pematuhan Bangunan (Certificate of Completion and Compliance), Certificate of Fitness of Occupancy (CF) atau yang bersamaan dengannya**. Sekiranya tidak terdapat Sijil Siap dan Pematuhan Bangunan atau CF (contoh: bagi bangunan yang dibina sebelum Perang Dunia Kedua), sila sertakan surat perakuan daripada Pihak Berkuasa Tempatan berkenaan kesesuaian bangunan berkenaan untuk diduduki. (*rujuk perkara 3.4*).

Bahagian G:

6. Istilah Bahasa Inggeris bagi **Organisasi Jagaan Yang Diuruskan** adalah *Managed Care Organisation (MCO)*.
7. Sekiranya permohonan ini diluluskan oleh Ketua Pengarah Kesihatan, pemohon perlulah membayar fi pengeluaran lesen/pembaharuan lesen mengikut jenis kemudahan dan perkhidmatan yang disediakan serta bilangan katil. Bayaran hendaklah dibuat 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**.

BORANG 3

[Subperaturan 4(1) dan 5(1)]

AKTA KEMUDAHAN DAN PERKHIDMATAN JAGAAN KESIHATAN SWASTA 1998

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

PERMOHONAN LESEN ATAU PEMBAHARUAN LESEN UNTUK MENGENDALIKAN ATAU MENYEDIAKAN
KEMUDAHAN ATAU PERKHIDMATAN JAGAAN KESIHATAN SWASTA

Kepada,

KETUA PENGARAH KESIHATAN
KEMENTERIAN KESIHATAN, MALAYSIA

A. BUTIR-BUTIR KEMUDAHAN ATAU PERKHIDMATAN JAGAAN KESIHATAN SWASTA

1. Nama:

.....
.....

2. Status permohonan:

(Tandakan (✓) di mana berkenaan)

Baru

Pembaharuan

Tarikh lesen bermula:

Tarikh lesen berakhir:

Nombor lesen yang akhir:

3. Alamat:

.....
.....

Negeri:

Poskod:

Tel:

Faks:

E-mel:

Laman web:

4. Butir-butir kelulusan untuk menubuhkan atau menyenggarakan kemudahan atau perkhidmatan jagaan kesihatan swasta (*untuk diisi bagi lesen baru sahaja*):

(a) Nama pemegang kelulusan:

(b) No. kelulusan:

(c) Tarikh dikeluarkan:

(d) Tarikh luput:

B. 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 dengan 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 (*sila guna 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.

(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 dengan 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

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 dengan 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.

C. BUTIR-BUTIR ORANG YANG BERTANGGUNGJAWAB

Catatan: Jika orang yang bertanggungjawab berlainan daripada pemohon, butir-butir yang berikut hendaklah dilengkapkan. (Tandakan (✓) di mana berkenaan)

(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 dengan 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

D. MAKLUMAT TENTANG PENGAMAL PERUBATAN PELAWAT

Catatan: *Dalam hal permohonan daripada seorang jururawat berdaftar bagi suatu rumah jagaan kejururawatan swasta atau seorang bidan berdaftar bagi suatu rumah bersalin swasta, maklumat yang berikut hendaklah dilengkapi.*

1. Butir-butir pengamal perubatan pelawat

(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

2. Butir-butir perjanjian berjadual termasuk—

- (a) kekerapan lawatan;
- (b) tanggungjawab pengamal perubatan pelawat; dan
- (c) perkiraan dalam hal kecemasan perubatan atau perundingan segera.

E. BUTIR-BUTIR KETUA JABATAN ATAU PERKHIDMATAN

Catatan: *Sila gunakan lampiran jika lebih daripada satu.*

(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 dengan 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

F. MAKLUMAT TENTANG KEMUDAHAN ATAU PERKHIDMATAN JAGAAN KESIHATAN SWASTA

1. Jenis kemudahan jagaan kesihatan yang dikenakan dengannya lesen atau pembaharuan lesen untuk mengendalikan atau menyediakan 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*)

2. Jenis perkhidmatan jagaan kesihatan yang dikenakan dengannya lesen atau pembaharuan lesen untuk mengendalikan atau menyediakan diminta hendaklah diberikan mengenai setiap kemudahan yang dinamakan di bawah 1. (*Tandakan (✓) di mana berkenaan dan sila gunakan lampiran jika perlu*)

Jenis perkhidmatan jagaan kesihatan

2.1. 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*)

2.2. 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*)

2.3. Perkhidmatan pesakit luar

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

2.4. Perkhidmatan bukan klinikal

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

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

3.1. Butir-butir tenaga manusia yang diambil kerja atau diguna khidmat untuk mengendalikan atau menyediakan kemudahan atau perkhidmatan dan hendaklah termasuk—

- (a) bilangan orang yang diambil kerja atau diguna khidmat mengikut kategori;
- (b) nisbah orang mengikut kategori yang diambil kerja atau diguna khidmat berbanding dengan pesakit, katil, wad bilik bedah, kemudahan atau perkhidmatan tertentu;

(c) bagi setiap pengamal perubatan berdaftar atau pengamal pergigian berdaftar yang diambil kerja atau diguna khidmat hendaklah memberikan butir-butir yang berikut:

- (i) nama;
- (ii) no. KPPN atau pasport;
- (iii) tarikh lahir;
- (iv) jantina;
- (v) bangsa;
- (vi) kerakyatan;
- (vii) alamat kediaman penuh;
- (viii) alamat tempat amalan (*selain alamat kemudahan atau perkhidmatan jagaan kesihatan ini*);
- (ix) nombor telefon (*selain nombor telefon kemudahan atau perkhidmatan jagaan kesihatan ini*);
- (x) kelayakan profesional (*sila lampirkan salinan benar yang diperakui bagi perakuan*);
- (xi) nombor pendaftaran dan nombor perakuan pengamalan semasa dengan badan profesional sebagai contoh Majlis Perubatan Malaysia atau Majlis Pergigian Malaysia (*sila lampirkan salinan benar yang diperakui bagi perakuan*);
- (xii) pengalaman kerja yang berkaitan yang berhubungan dengan pekerjaan atau penggunaan khidmat; dan
- (xiii) status pekerjaan sama ada sepenuh masa, sambilan, sukarela, *locum tenens* atau honorarium;

(d) bagi profesional jagaan kesihatan lain termasuklah jururawat berdaftar, penolong jururawat berdaftar, ahli farmasi berdaftar, bidan berdaftar, pembantu perubatan berdaftar dan profesional jagaan kesihatan berkaitan, butir-butir yang berikut bagi setiap orang yang diambil kerja atau diguna khidmat hendaklah diberikan:

- (i) nama;
- (ii) no. KPPN atau pasport;
- (iii) tarikh lahir;
- (iv) jantina;
- (v) bangsa;

- (vi) kerakyatan;
 - (vii) kelayakan profesional (*sila lampirkan salinan benar yang diperakui bagi perakuan*);
 - (viii) nombor pendaftaran dan nombor perakuan pengamalan semasa dengan badan profesional (*sila lampirkan salinan benar yang diperakui bagi perakuan*);
 - (ix) pengalaman kerja yang berkaitan yang berhubungan dengan pekerjaan atau penggunaan khidmat; dan
 - (x) status pekerjaan sama ada sepenuh masa, sambilan, sukarela, *locum tenens* atau honorarium;
- (e) bagi profesional separa jagaan kesihatan termasuklah pembantu jagaan peribadi, butir-butir tentang setiap orang yang diambil kerja atau diguna khidmat hendaklah diberikan:
- (i) nama;
 - (ii) no. KPPN atau pasport;
 - (iii) tarikh lahir;
 - (iv) jantina;
 - (v) bangsa;
 - (vi) kerakyatan;
 - (vii) kelayakan yang berkaitan (*jika ada, sila lampirkan salinan benar yang diperakui bagi perakuan*);
 - (viii) nombor pendaftaran dan nombor perakuan pengamalan semasa dengan badan pengawal seliaan yang berkaitan (*jika ada, sila lampirkan salinan benar yang diperakui bagi perakuan*);
 - (ix) pengalaman kerja yang berkaitan yang berhubungan dengan pekerjaan atau penggunaan khidmat; dan
 - (x) status pekerjaan sama ada sepenuh masa, sambilan atau sukarela;
- 3.2. Butir-butir tentang bilangan katil/kot/basinet/kerusi panjang atau bersamaan dengannya mengikut disiplin/wad.
- 3.3. Salinan benar yang diperakui bagi Perakuan Bomba atau yang bersamaan dengannya.
- 3.4. Salinan benar yang diperakui bagi Sijil Siap dan Pematuhan bangunan atau yang bersamaan dengannya.

G. MAKLUMAT LAIN

1. Penyata kewangan

Catatan: *Jika jumlah pelaburan sebenar berlainan daripada jumlah pelaburan yang dicadangkan, maklumat yang berikut hendaklah dilengkapkan. (Sila sertakan dokumen yang menyokong)*

(a) Modal berbayar:

(i) Tempatan:

(ii) Asing:

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

(c) Jumlah pelaburan sebenar [(a) + (b)]:

2. Butir-butir mana-mana organisasi jagaan yang diuruskan yang mempunyai apa-apa kontrak atau perkiraan dengan kemudahan atau perkhidmatan jagaan kesihatan swasta:

(a) Nama organisasi jagaan yang diuruskan:

(b) Tarikh kontrak dimeterai atau perkiraan diadakan dengan organisasi jagaan yang diuruskan:

(c) Jenis kontrak atau perkiraan dengan organisasi jagaan yang diuruskan (*sila lampirkan dokumen yang menyokong*):

(d) Alamat:

(i) Alamat surat-menyurat:

.....
.....

Bandar:

Poskod:

Negeri:

Tel:

Faks:

(iv) E-mel:

3. 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 D.N.
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

