



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

**GARIS PANDUAN
PENDAFTARAN PENGAMAL
PROFESION KESIHATAN
BERSEKUTU**

**MAJLIS PROFESION KESIHATAN BERSEKUTU MALAYSIA
2022**

KANDUNGAN	MUKASURAT
Pengenalan	3
Jenis-Jenis Permohonan	4-6
Penggantungan dan Pemotongan Nama Daripada Daftar	7
Kemasukan Semula Nama Dalam Daftar	8
Proses Rayuan	9
Tanggungjawab Pengamal Berdaftar	9
Pembayaran Fi	9
Maklumat Lanjut	10
Jadual 1: Bayaran Fi	11
Lampiran 1: Aliran Proses Pendaftaran Pengamal PKBM	12
Lampiran 2: Borang Pengesahan Amalan	13-15
Lampiran 3: Borang Permohonan Pengembalian Perakuan Amalan Selepas Penggantungan	16-18
Lampiran 4: Borang Permohonan Untuk Kemasukan Semula Nama Dalam Daftar	19-21
Lampiran 5: Borang Pertukaran Alamat	22

1.0 PENGENALAN

Akta Profesion Kesihatan Bersekutu 2016 [Akta 774] telah diwartakan pada 18 Februari 2016 dan dikuatkuasakan pada 1 Julai 2020. Akta 774 ini mewajibkan semua pengamal Profesion Kesihatan Bersekutu yang disenaraikan dalam Jadual Kedua (*Pindaan 24 Mac 2022*) yang ingin mengamal di Malaysia untuk berdaftar dan mendapatkan perakuan amalan yang sah daripada Majlis Profesion Kesihatan Bersekutu Malaysia (Majlis) yang ditubuhkan di bawah Akta ini. Peruntukkan perundangan ini selaras dengan peruntukkan Seksyen 17, Akta 774, iaitu *“tiada seorang pun boleh mengamalkan suatu Profesion Kesihatan Bersekutu (PKB) atau menjalankan apa – apa aktiviti yang berhubungan dengan kesihatan bersekutu melainkan dia telah berdaftar di bawah akta ini”*.

1.1 Tujuan

Garis panduan ini bertujuan untuk memberikan penerangan tentang proses permohonan pendaftaran dan kriteria pendaftaran untuk pengamal Profesion Kesihatan Bersekutu (PKB) sepanjang tempoh peralihan.

Garis panduan ini telah dipersetujui dan diluluskan untuk tujuan pendaftaran pengamal PKB oleh Majlis dan berkuatkuasa serentak dengan tarikh permulaan pendaftaran pengamal PKB.

1.2 Tafsiran

Tempoh peralihan adalah tempoh masa yang ditetapkan untuk membenarkan mana-mana pengamal yang berkemahiran, berpengalaman, berkeelayakan dan sedang mengamal dalam sesuatu bidang amalan Profesion Kesihatan Bersekutu sebelum akta dikuatkuasakan, untuk memohon untuk didaftarkan sebagai pengamal Profesion Kesihatan Bersekutu dengan Majlis di bawah seksyen 17 mengikut keperluan yang ditentukan.

Tempoh peralihan merujuk kepada subseksyen 46(1), Akta 774 dan mula kuatkuasa pada 1 Julai 2022 hingga 30 Jun 2025 (3 tahun).

Kelayakan diiktiraf merujuk kepada apa-apa kelayakan akademik yang diiktiraf oleh Majlis dalam Profesion Kesihatan Bersekutu yang berkaitan

Perakuan Pendaftaran adalah suatu dokumen yang akan diberikan kepada pengamal yang memenuhi keperluan pendaftaran yang ditetapkan oleh MPKBM.

Perakuan Amalan adalah suatu dokumen yang akan diberikan kepada pengamal berdaftar untuk membolehkan pengamal mengamal secara sah. Perakuan Amalan ini perlu diperbaharui setiap dua (2) tahun.

2.0 JENIS-JENIS PERMOHONAN

2.1 Permohonan Untuk Pendaftaran Sebagai Pengamal Berdaftar

Pengamal yang layak membuat permohonan untuk pendaftaran sebagai pengamal berdaftar adalah pengamal yang berkemahiran, berpengalaman, berkelayakan dan sedang mengamal dalam sesuatu bidang amalan Profesion Kesihatan Bersekutu (Rujuk Lampiran 1).

2.1.1 Syarat Permohonan Pendaftaran Sebagai Pengamal Berdaftar Dalam Tempoh Peralihan

Pengamal yang ingin membuat permohonan untuk pendaftaran sebagai pengamal berdaftar perlu memenuhi syarat berikut iaitu:

- a) Memiliki kelayakan akademik yang diiktiraf oleh Majlis dalam Profesion Kesihatan Bersekutu yang berkaitan; atau
- b) Memiliki kelayakan akademik atau telah menamatkan latihan atau pengajian lanjutan dan mengamal dalam Profesion Kesihatan Bersekutu yang berkaitan yang telah disahkan; atau
- c) Mempunyai pengalaman mengamal dalam Profesion Kesihatan Bersekutu yang berkaitan bagi tempoh ≥ 10 tahun yang telah disahkan.

2.1.2 Dokumen Yang Diperlukan untuk Permohonan Pendaftaran Sebagai Pengamal Berdaftar

Permohonan untuk pendaftaran sebagai pengamal berdaftar hendaklah disertakan bersama-sama dokumen berikut:

- a) Salinan kelayakan akademik*
- b) Salinan Transkrip* (Jika ada)
- c) Borang Pengesahan Amalan (Lampiran 2)
- d) Gambar ukuran passport (*format jpg/png/gif*)
- e) *Letter of Good Standing* Dari Badan Profesional (*jika pernah mengamal di luar Malaysia*)
- f) Bayaran Fi (rujuk Jadual 1)

Nota:

*i. Bukti kelayakan yang bukan dalam Bahasa Melayu atau Bahasa Inggeris perlu diterjemahkan oleh penterjemah yang sah iaitu:

- (a) Penterjemah Mahkamah Malaysia yang diiktiraf; atau
- (b) Notari Awam; atau
- (c) Institut Terjemahan dan Buku Malaysia (ITBM); atau
- (d) Persatuan Penterjemah Malaysia

ii. Semua dokumen yang dihantar perlu disahkan oleh pegawai kerajaan kumpulan pengurusan professional atau pesuruhjaya sumpah.

2.1.3 Pengeluaran Perakuan Pendaftaran

Perakuan pendaftaran akan dikeluarkan oleh Majlis kepada pengamal yang layak didaftarkan di bawah Seksyen 17 sekiranya mengemukakan semua dokumen dengan lengkap dan:

- a) Pemohon memiliki kelayakan akademik yang diiktiraf oleh Majlis; atau
- b) Pemohon memiliki kelayakan akademik selain daripada kelayakan akademik yang diiktiraf oleh Majlis, tetapi mempunyai pengalaman mengamal dalam bidang profesion kesihatan bersekutu yang telah disahkan, dan mempunyai sijil latihan/sijil pengajian lanjutan/bukti menghadiri latihan dalam kesihatan bersekutu dan memenuhi syarat yang ditentukan oleh Majlis*; atau
- c) Pemohon tidak memiliki kelayakan akademik tetapi telah mengamal dalam bidang profesion kesihatan bersekutu ≥ 10 tahun yang telah disahkan dan memenuhi syarat yang ditentukan oleh Majlis.

Nota:

- i. *Bagi pemohon yang memiliki kelayakan akademik yang tidak dinyatakan dalam senarai kelayakan yang diiktiraf, Majlis boleh meluluskan pendaftaran jika:
 - a) Kelayakan pemohon tersebut tidak kurang daripada atau sama dengan kelayakan yang dinyatakan dalam Senarai Kelayakan Yang Diiktiraf, dan
 - b) Mempunyai sijil latihan/ kursus yang memenuhi kelayakan untuk mengamal dalam profesion kesihatan bersekutu.
Latihan atau kursus bidang Profesion Kesihatan Bersekutu yang boleh dipertimbangkan:
 - Latihan/kursus dalam bidang berkaitan;
 - Pengajian Lanjutan (Post Basic/Advance Diploma/Master/PhD);
 - Latihan Sangkutan (on job training); atau
 - Bukti menghadiri apa-apa latihan berkaitan (tertakluk kepada kelulusan Majlis)
- ii. Majlis boleh meminta pemohon untuk mengemukakan dokumen tambahan atau hadir untuk proses penilaian sebelum kelulusan pendaftaran diberikan.
- iii. Bagi profesion yang mempunyai pendaftaran Bahagian 1 dan Bahagian 2, penetapan kelayakan pendaftaran akan ditentukan oleh Majlis, berdasarkan Kelayakan Pengamal Berdaftar.

2.1.4 Penolakan Permohonan Untuk Pendaftaran Sebagai Pengamal Berdaftar

Sekiranya permohonan untuk pendaftaran sebagai pengamal berdaftar ditolak oleh Majlis, pemohon boleh membuat rayuan kepada Majlis dalam masa tiga puluh (30) hari selepas notifikasi penolakan tersebut oleh Pendaftar [Seksyen 17(4), Akta 774].

2.2 Permohonan untuk Perakuan Amalan

Pengamal berdaftar dikehendaki memohon dan mendapatkan Perakuan Amalan untuk beramal dalam Profesion Kesihatan Bersekutu yang berkaitan.

2.2.1 Permohonan Perakuan Amalan

- a) Seorang pengamal berdaftar yang berhasrat untuk mengamal hendaklah membuat permohonan perakuan amalan kepada Majlis dibawah Seksyen 22 dengan mengemukakan dokumen-dokumen seperti berikut:
 - i. Alamat tempat mengamal*
 - ii. Bayaran fi (sila rujuk Jadual 1)
- b) Pengamal berdaftar yang telah membuat permohonan perakuan amalan boleh meneruskan amalan sebagai pengamal kesihatan bersekutu dari tarikh permohonannya diterima sehingga perakuan amalan dikeluarkan mengikut tarikh yang ditentukan oleh Majlis.

Nota:

- *i. Pengamal berdaftar perlu mengemukakan alamat tempat amalan utama dan semua tempat amalan lain.
- ii. Pengamal berdaftar yang bekerja sendiri boleh mengemukakan alamat tetap atau alamat seperti yang dinyatakan dalam daftar perniagaan (sekiranya berkenaan).

2.2.2 Permohonan Untuk Pembaharuan Perakuan Amalan Pengamal Berdaftar

Permohonan pembaharuan perakuan amalan di bawah Seksyen 23 hendaklah dibuat kepada Majlis, tidak lewat dari hari pertama bulan November tahun luput perakuan amalan tersebut.

2.3.3 Penolakan Permohonan Untuk Perakuan Amalan

Sekiranya permohonan perakuan amalan ditolak oleh Majlis, pemohon boleh membuat rayuan dalam masa tiga puluh (30) hari dari tarikh menerima notifikasi penolakan tersebut.

2.3.4 Permohonan Pertukaran Alamat Pengamal

Pengamal berdaftar hendaklah memaklumkan kepada Majlis bagi setiap perubahan tempat amalan utama atau tempat-tempat amalan lain dengan membuat permohonan pertukaran alamat mengamal kepada Majlis. (Lampiran 5)

3.0 PENGGANTUNGAN DAN PEMOTONGAN NAMA DARIPADA DAFTAR

3.1 Penggantungan Nama Daripada Daftar

Pengamal berdaftar yang namanya telah digantung daripada Daftar di bawah Seksyen 28, Akta 774;

3.1.1 Perakuan amalan akan ditarik balik oleh Majlis.

3.1.2 Pengamal hendaklah menghentikan segala amalannya atas arahan Majlis sama ada dalam tempoh rayuan atau setelah keputusan penggantungan telah dimuktamadkan.

3.1.3 Apabila tempoh penggantungan tersebut tamat, pengamal berhak untuk memohon perakuan amalan beliau dikembalikan sekiranya perakuan tersebut masih sah tempoh lakunya.

3.2 Pemotongan Nama Daripada Daftar

Pengamal berdaftar yang pendaftarannya dibatalkan di bawah Seksyen 18, Akta 774;

- i. Perakuan pendaftaran dan amalan akan ditarik balik oleh Majlis.
- ii. Nama pengamal akan dipotong daripada Daftar dan direkodkan.
- iii. Pengamal hendaklah menghentikan segala amalannya atas arahan Majlis sama ada dalam tempoh rayuan atau setelah keputusan pemotongan dimuktamadkan.
- iv. Pengamal hendaklah, dalam tempoh empat belas hari dari tarikh penerimaan pemberitahuan pemotongan itu, menyerahkan perakuan pendaftaran kepada Majlis.
- v. Pengamal dibenarkan mengamal semula dalam bidang amalan diiktiraf hanya apabila pengamal tersebut didaftarkan semula oleh Majlis dan mempunyai perakuan amalan yang sah.

4.0 KEMASUKAN SEMULA NAMA DALAM DAFTAR

4.1 PERMOHONAN KEMASUKAN SEMULA NAMA DALAM DAFTAR

- a) Pengamal berdaftar yang namanya dipotong boleh memohon untuk didaftarkan semula dengan Majlis mengikut ketetapan yang berikut:
 - i. Mengemukakan Borang Permohonan Untuk Kemasukan Semula Nama Dalam Daftar (Lampiran 4); dan
 - ii. Mengemukakan dokumen atau maklumat lain berkaitan yang diperlukan oleh Majlis;
- b) Majlis boleh memerintahkan supaya nama pemohon itu dimasukkan semula atau menolak berdasarkan sebab yang dikemukakan oleh pemohon.
- c) Pemohon yang telah dimasukkan semula ke dalam daftar perlu membayar fi Perakuan Pendaftaran RM 100 dan Fi Perakuan Amalan 200.
- d) Pemohon boleh merayu Majlis jika permohonan bagi kemasukan semula telah ditolak oleh Majlis dalam tempoh (30) hari dari tarikh penerimaan keputusan.

4.2 Permohonan Untuk Pengembalian Perakuan Amalan Selepas Penggantungan

Pengamal yang namanya telah digantung daripada Daftar boleh membuat permohonan untuk pengembalian Perakuan amalan (jika tempoh perakuan itu dikeluarkan masih belum tamat) dengan mengemukakan dokumen seperti yang berikut:

- i. Borang Permohonan Untuk Pengembalian Perakuan Pengamalan Selepas Penggantungan (Lampiran 3)
- ii. Dokumen sokongan atau maklumat lain yang berkaitan dengan penggantungan nama.
- iii. Dokumen atau maklumat lain berkaitan yang diperlukan oleh Majlis.

5.0 PROSES RAYUAN

Seseorang pengamal yang telah namanya telah dipotong daripada Daftar boleh membuat rayuan kepada Majlis dalam masa tiga puluh (30) hari dari tarikh menerima notifikasi pemotongan tersebut. Rayuan boleh dikemukakan sekali sahaja dan keputusan Majlis adalah muktamad.

6.0 TANGGUNGJAWAB PENGAMAL BERDAFTAR

Seorang pengamal berdaftar tertakluk kepada terma dan syarat seperti yang berikut:

- i. Mengamal profesion yang didaftarkan dengan syarat mempunyai perakuan amalan yang sah tempoh dan berkuat kuasa.
- ii. Tidak boleh menggunakan, mendakwa atau mempamerkan kelayakan selain kelayakan berkaitan dengan amalannya yang diiktiraf oleh Majlis.
- iii. Tertakluk kepada peruntukan dalam Akta 774, Peraturan-Peraturan Profesion Kesihatan Bersekutu (Fi) 2020, Kod Etika Dan Tingkah Laku Profesional untuk Pengamal Profesion Kesihatan Bersekutu dan lain-lain peruntukan perundangan lain yang sedang berkuatkuasa.

7.0 PEMBAYARAN FI

7.1 Pembayaran Fi Yang Ditetapkan

- i. Bayaran fi akan dikenakan seperti dalam Jadual 1.
- ii. Bayaran fi permohonan yang telah dibuat tidak akan dikembalikan sekiranya permohonan tersebut ditolak atau pemohon menarik balik permohonan tersebut.

Untuk maklumat lanjut, sila hubungi:

Sekretariat Majlis Profesion Kesihatan Bersekutu
Bahagian Sains Kesihatan Bersekutu
Kementerian Kesihatan Malaysia
Aras 2, Blok A, Bangunan Utama Chancery Place, Jln Diplomatik 2/1,
Presint Diplomatik, 62050 Putrajaya.

Tel. Pejabat : **03-88901011**

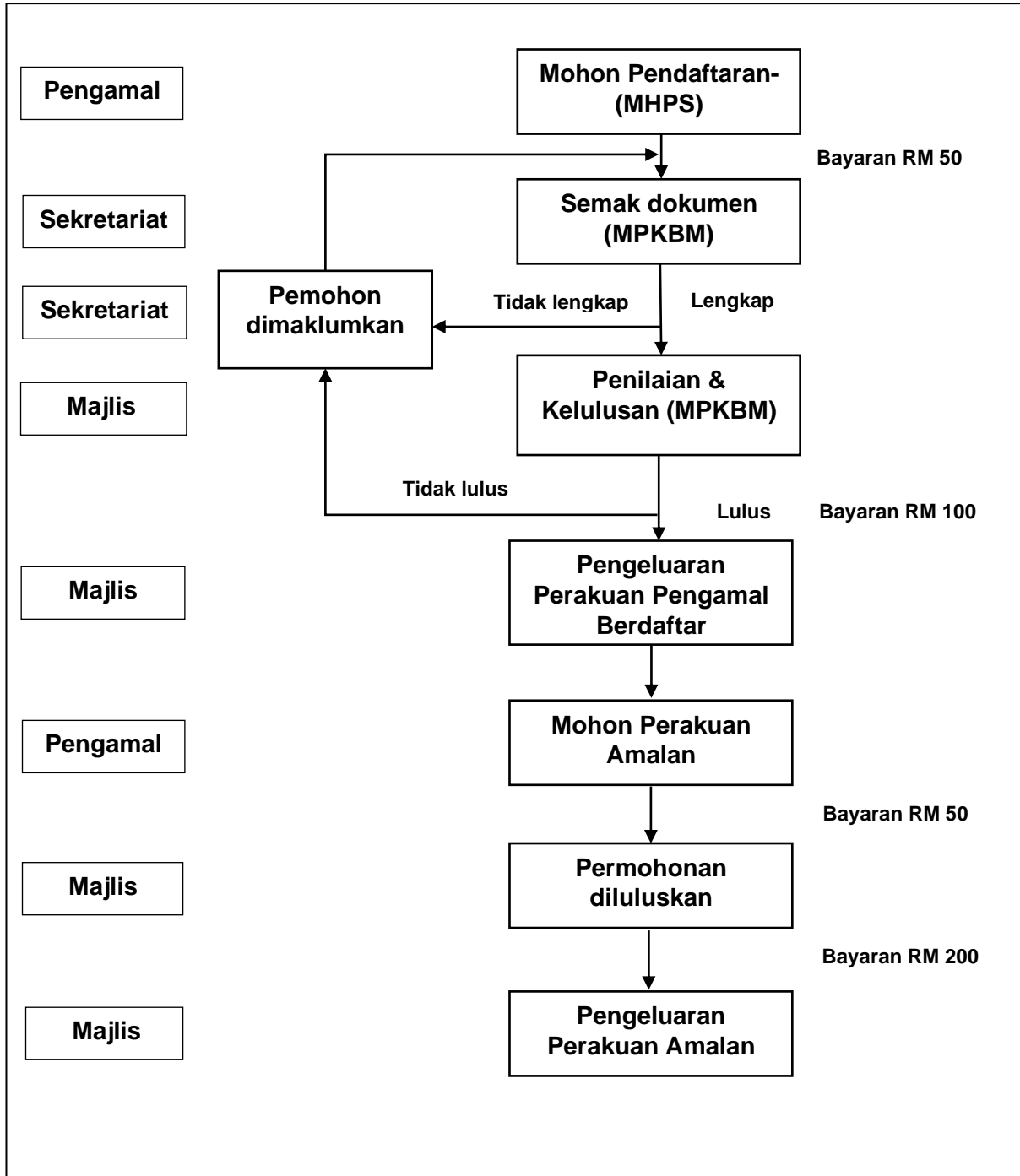
E-mel : **mahpc@moh.gov.my**

Laman sesawang : **alliedhealth.moh.gov.my/Mahpc**

JADUAL 1
BAYARAN FI

Bil.	(1) Perkara	(2) Fi (RM)
1.	Permohonan bagi pendaftaran sebagai pengamal kesihatan bersekutu	50
2.	Permohonan bagi pendaftaran sebagai pakar (bagi setiap bidang kepakaran)	500
3.	Permohonan bagi perakuan amalan	50
4.	Permohonan bagi perakuan amalan sementara	150
5.	Permohonan bagi perakuan amalan selepas tamat tempoh perakuan	100
6.	Permohonan bagi perakuan amalan sementara selepas tamat tempoh perakuan	200
7.	Permohonan untuk mengesahkan status perakuan amalan dan perakuan amalan sementara	50
8.	Pengeluaran perakuan pendaftaran	100
9.	Pengeluaran perakuan amalan	200
10.	Pengeluaran perakuan amalan sementara	300
11.	Memeriksa, membuat salinan atau cabutan butiran daripada Daftar	150

ALIRAN PROSES PENDAFTARAN PENGAMAL PROFESION KESIHATAN BERSEKUTU WARGANEGARA





KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA
MAJLIS PROFESION KESIHATAN BERSEKUTU MALAYSIA

BORANG PENGESAHAN AMALAN
PRACTICE VERIFICATION FORM

Borang ini perlu dilengkapkan bagi maksud pengesahan pengamalan sebagai pengamal kesihatan bersekutu di Malaysia untuk pendaftaran pengamal di bawah Akta Profesion Kesihatan Bersekutu, 2016 (Akta 774). *This form must be completed for the purpose of verifying practice as an allied health practitioner in Malaysia for practitioner registration under the Allied Health Professions Act, 2016 (Act 774).*

Sila tandakan (/) diruang yang berkenaan/Please mark (/) in the appropriate space: -

Bermajikan/ <i>Employed</i> <input type="checkbox"/>	Bekerja sendiri / <i>Self -Employed</i> <input type="checkbox"/>
--	--

A) MAKLUMAT PENGAMAL / PRACTITIONER INFORMATION

Nama (seperti dalam kad pengenalan): <i>Name (as in identification card):</i>	
No. Kad Pengenalan: <i>Identification Card No.:</i>	
Gelaran (Jika ada, contoh: Dato', Datin, Prof, Dr dll): <i>Title (If any, example: Dato', Datin, Prof, Dr etc):</i>	
Jawatan/Profesion: <i>Position/ Profession:</i>	
No. Telefon: <i>Telephone No.:</i>	
Alamat Emel: <i>Email Address:</i>	
Tarikh Mula Bekerja: <i>Date of Employment:</i>	
Nama Organisasi: <i>Organization name:</i>	
Alamat Organisasi: <i>Organization Address:</i>	

B) KLASIFIKASI TUGAS/DUTIES CLASSIFICATION

MAHPC/UP/BPA-01

Klinikal/Clinical <input type="checkbox"/>	Pengurusan dan Pentadbiran/ <i>Management and administration</i> <input type="checkbox"/>
Kesihatan Awam/Public Health <input type="checkbox"/>	Pengajaran dan Pembelajaran/ <i>Teaching and Learning</i> <input type="checkbox"/>
Makmal Perubatan/Medical Laboratory <input type="checkbox"/>	Penyelidikan/Research <input type="checkbox"/>
Lain-lain (Sila Nyatakan)/ Others (Please specify) _____	

Bagi pengamal Ahli Sains Makmal Perubatan, sila tandakan disiplin amalan dalam kotak di bawah: /For Medical Laboratory Scientist practitioners, please indicate the discipline of practise in the box below:

Biokimia/ <i>Biochemistry</i> <input type="checkbox"/>	Genetik Perubatan/ <i>Medical Genetic</i> <input type="checkbox"/>
Bioperubatan/ <i>Biomedical</i> <input type="checkbox"/>	Mikrobiologi/ <i>Microbiology</i> <input type="checkbox"/>
Embriologi/ <i>Embryology</i> <input type="checkbox"/>	Forensik/ <i>Forensic</i> <input type="checkbox"/>
Lain-lain (Sila Nyatakan)/ Others (Please specify) _____	

II. DESKRIPSI TUGAS (Sila Senaraikan)/ Job Description (Please list down)

***Sila sertakan lampiran jika perlu/ Please attach appendix if necessary**

C) MAKLUMAT PENGESAH/ VERIFIER INFORMATION *

Nama: <i>Name:</i>	
No. Kad Pengenalan: <i>Identification Card No.:</i>	
Jawatan: <i>Position:</i>	
No. Telefon: <i>Telephone No.:</i>	
Alamat Emel: <i>Email Address:</i>	

*Pengesah/ Verifier:

- i. Majikan/ Employer
- ii. Bagi yang bekerja sendiri, pengesah boleh terdiri daripada / For self-employed individuals, verifier can be from:
 - a) Pengamal Perubatan Berdaftar; atau/ Registered Medical Practitioner; or
 - b) Pengamal Pergigian Berdaftar; atau/ Registered Dental Practitioner; or
 - c) Pengamal Kesihatan Bersekutu Yang Berkelayakan/berdaftar; atau/ Qualified/Registered Allied Health Practitioner; or
 - d) Persatuan Profesional Yang Berdaftar Dengan Jabatan Pendaftaran Pertubuhan Malaysia/ Professional Associations Registered with the Register Society of Malaysia.

Nota: Majlis Profesion Kesihatan Bersekutu Malaysia boleh menghubungi tuan/puan untuk menentusahkan maklumat berhubung dengan perakuan ini.

Note: The Malaysian Allied Health Professions Council may contact you to authenticate the information in relation to this verification.

D) PENGESAHAN/ CONFIRMATION

Saya, sebagai pengesah, dengan ini mengaku bahawa, sepanjang pengetahuan saya, maklumat yang diberikan oleh pengamal di atas adalah benar. / I, as a verifier, hereby attest that, to the best of my knowledge, the information provided by the practitioner above is true.

Tandatangan: <i>Signature:</i>	
Cop Rasmi Jawatan/Organisasi: <i>Official Stamp of Position/Organization:</i>	
Tarikh: <i>Date:</i>	



MAJLIS PROFESION KESIHATAN BERSEKUTU MALAYSIA
MALAYSIAN ALLIED HEALTH PROFESSIONS COUNCIL

BORANG PERMOHONAN PENGEMBALIAN PERAKUAN AMALAN SELEPAS PENGGANTUNGAN
APPLICATION FOR RETURN OF PRACTISING CERTIFICATE AFTER SUSPENSION FORM

BAHAGIAN A (PART A):

MAKLUMAT PERIBADI/ PERSONAL INFORMATION			
Profesion: <i>Profession :</i>			
Nama (seperti dalam dokumen pengenalan): <i>Name (as in Identification Document):</i>			
No. Dokumen Pengenalan: <i>Identification Document No.:</i>			
Umur: <i>Age:</i>		Warganegara: <i>Nationality:</i>	
Tarikh Lahir: <i>Date of Birth:</i>		Bangsa: <i>Ethnicity:</i>	
Jantina: <i>Sex:</i>		No. Telefon Rumah: <i>House Telephone No.:</i>	
No. Telefon Bimbit: <i>Handphone No.:</i>		No. Telefon Pejabat: <i>Office Telephone No.:</i>	
Emel: <i>Email:</i>			
Alamat Tempat Tinggal: <i>Residential Address:</i>			
Alamat Surat-Menyurat: (Sekiranya berbeza dengan Alamat Tempat Tinggal) <i>Postal address: (if different from the Residential Address)</i>			

ALAMAT TEMPAT MENGAMAL DI MALAYSIA/ PRACTISING ADDRESS IN MALAYSIA	
(i) Alamat Utama: <i>Principal Address:</i>	
(ii) Alamat Lain (jika berkenaan): <i>Other Addresses (if applicable):</i>	a) b) c)

PERAKUAN/ DECLARATION	
<p>i. Saya mengaku bahawa butir-butir yang dinyatakan dalam permohonan ini dan dokumen yang dilampirkan adalah benar dan sah, dan maklumat yang terkandung ini kekal tidak berubah sehingga masa permohonan dibuat. <i>I declare that the particulars stated in this application and the documents attached are true and authentic, and the information contained herein remains unchanged to date.</i></p> <p>ii. Saya tidak pada bila-bila masa didapati bersalah atas kesalahan yang melibatkan fraud, ketidakjujuran atau keburukan akhlak, atau kesalahan yang boleh dihukum dengan pemenjaraan sama ada penjara sahaja atau sebagai tambahan kepada atau sebagai ganti denda. <i>I have not at any time been found guilty of an offence involving fraud, dishonesty or moral turpitude, or an offence punishable with imprisonment whether imprisonment only or in addition to or in lieu of a fine.</i></p> <p>iii. Saya mengambil maklum bahawa Majlis Profesion Kesihatan Bersekutu Malaysia berhak untuk menahan dan/atau menamatkan pendaftaran saya dan/atau mengambil sebarang tindakan lain yang difikirkan sesuai, jika maklumat atau dokumen yang dikemukakan di atas didapati palsu selepas semakan. Saya akur bahawa ia adalah satu kesalahan jenayah untuk membuat sebarang kenyataan palsu, memberikan sebarang maklumat dan/atau dokumen palsu kepada Majlis Profesion Kesihatan Bersekutu Malaysia. Saya juga bersetuju dan membenarkan Majlis Profesion Kesihatan Bersekutu Malaysia untuk membuat sebarang pertanyaan atau mendapatkan sebarang maklumat & dokumen yang difikirkan sesuai bagi membuktikan kelayakan saya untuk beramal. <i>I acknowledge that the Malaysia Allied Health Professions Council shall have the right to withhold and/ or terminate my registration and /or take any other action it deems fit, if any of the above information or documents tendered is found subsequently to be false. I am also aware that is a criminal offence to make any false statements, to provide any false information and/ or document(s) to the Malaysia Allied Health Professions Council. I also understand and give my consent to the Malaysia Allied Health Professions Council to make any enquiries or obtain any information & documents that it deems appropriate to establish my fitness to practise.</i></p>	
Tandatangan Pemohon: <i>Applicant's Signature:</i>	Nama Penuh: <i>Full name:</i>
Tarikh: <i>Date:</i>	



MAJLIS PROFESION KESIHATAN BERSEKUTU MALAYSIA

MALAYSIAN ALLIED HEALTH PROFESSIONS COUNCIL

**PERMOHONAN UNTUK PENGEMBALIAN PERAKUAN PENGAMALAN SELEPAS
PENGANTUNGAN**

APPLICATION FOR RETURN OF PRACTISING CERTIFICATE AFTER SUSPENSION

Saya (nama penuh) ingin memohon untuk pengembalian perakuan pengamalan selepas nama digantung daripada Daftar di bawah subseksyen 29(b) Akta Profesion Kesihatan Bersekutu 2016 (Akta 774). I (full name) would like to apply for the return of practicing certificate after being suspended from the register under subsection 29(b) of the Allied Health Professions Act 2016 (Act 774).

Saya mengakui maklumat-maklumat yang dinyatakan dalam permohonan ini adalah benar dan betul dan dokumen yang dilampirkan merupakan salinan sah dokumen asal. Saya memahami bahawa apa-apa pemalsuan maklumat yang diberikan akan menyebabkan pembatalan permohonan ini. I hereby declare that the particulars stated in this application are true and correct and the documents attached are true copies of original documents. I understand that any falsification of information given will result in the cancellation of this application.

Saya faham bahawa keputusan permohonan ini adalah tertakluk kepada kehendak Majlis dipenuhi, dan keputusan Majlis adalah muktamad. I understand that the result of this application is subject to fulfilling the requirements of the Council, and the decision of the Council is final.

Tandatangan Pemohon:

Tarikh:

(Applicant's Signature):

Date:

Nama:

Name:

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



MAJLIS PROFESION KESIHATAN BERSEKUTU MALAYSIA
MALAYSIAN ALLIED HEALTH PROFESSIONS COUNCIL

BORANG PERMOHONAN UNTUK KEMASUKAN SEMULA NAMA DALAM DAFTAR
APPLICATION FOR REINSTATEMENT OF NAME INTO REGISTER FORM

MAKLUMAT PERIBADI PEMOHON / APPLICANT'S PERSONAL INFORMATION		
Nama (seperti dalam dokumen pengenalan): <i>Name (as in Identification Document):</i>		
No. Dokumen Pengenalan: <i>Identification Document No.:</i>		
MAKLUMAT AMALAN/ PRACTICE INFORMATION		
No. Perakuan Pengamal Berdaftar: <i>Registered Practitioner No.:</i>		
No. Perakuan Pengamalan Tahunan Terakhir: <i>Last Annual Practising Certificate No.:</i>	(a) Tarikh dikeluarkan: <i>Date issued:</i>	(b) Tarikh luput: <i>Date expired:</i>
ALAMAT/ADDRESS		
i. Tempat tinggal/Residential:		
ii. Surat-menyurat (jika berbeza)/Postal communication (if different):		
iii. Tempat Mengamal Utama/Principal Place of Practice:		
iv. Tempat mengamal yang lain (jika berkenaan)/ Other places of practice (if applicable):		

Nota/Note:

Sila sertakan/ please include:

a) Dokumen atau maklumat mengenai nama telah digantung atau dipotong daripada daftar dan;

Documents or other information relating to a name's suspension or removal from the Register; and

b) Mana-mana dokumen atau maklumat lain yang diperlukan oleh Majlis bagi tujuan kemasukan semula nama dalam Daftar

Any other document or information that the Council deems necessary for the restoration of a name in the Register.



MAJLIS PROFESION KESIHATAN BERSEKUTU MALAYSIA

MALAYSIAN ALLIED HEALTH PROFESSIONS COUNCIL

PERMOHONAN UNTUK KEMASUKAN SEMULA NAMA DALAM DAFTAR

APPLICATION FOR REINSTATEMENT OF NAME INTO REGISTER

Saya (nama penuh) ingin memohon untuk kemasukan semula selepas nama dipotong daripada daftar di bawah subseksyen 18(b)(c)(d) Akta Profesion Kesihatan Bersekutu 2016 (Akta 774). I (full name) would like to apply for the reinstatement of the name upon removal from the register under subsection 18(b)(c)(d) of the Allied Health Professions Act 2016 (Act 774).

Saya mengakui maklumat-maklumat yang dinyatakan dalam permohonan ini adalah benar dan betul dan dokumen yang dilampirkan merupakan salinan sah dokumen asal. Saya memahami bahawa apa-apa pemalsuan maklumat yang diberikan akan menyebabkan pembatalan permohonan ini. *I hereby declare that the particulars stated in this application are true and correct and the documents attached are true copies of original documents. I understand that any falsification of information given will result in the cancellation of this application.*

Saya faham bahawa keputusan permohonan ini adalah tertakluk kepada kehendak Majlis dipenuhi, dan keputusan Majlis adalah muktamad. *I understand that the result of this application is subject to fulfilling the requirements of the Council, and the decision of the Council is final.*

Tandatangan Pemohon:

(Applicant's Signature):

Nama:

Name:

Tarikh:

Date:

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



MAJLIS PROFESION KESIHATAN BERSEKUTU
MALAYSIAN ALLIED HEALTH PROFESSIONS COUNCIL

BORANG PEMAKLUMAN PERTUKARAN ALAMAT
CHANGE OF ADDRESS NOTIFICATION FORM

MAKLUMAT ASAS

1) NAMA <i>NAME</i>	2) NOMBOR PERAKUAN AMALAN <i>REGISTERED PRACTITIONER NUMBER</i>	3) NOMBOR KAD PENGENALAN <i>IDENTIFICATION NUMBER</i>
4) NOMBOR TELEFON BIMBIT <i>HANDPHONE NUMBER</i>	5) NOMBOR TELEFON <i>PHONE NUMBER</i>	6) EMEL <i>EMAIL</i>

MAKLUMAT PERTUKARAN ALAMAT

ALAMAT UTAMA <i>PRINCIPAL ADDRESS</i>		
ALAMAT LAIN (JIKA BERKENAAN)/ OTHER ADDRESSES (IF APPLICABLE) a) b) c)		
POSKOD <i>POSTCODE</i>	BANDAR <i>CITY</i>	NEGERI <i>STATE</i>

Tandatangan Pemohon:

(Applicant's Signature):

Nama:

Name:

Tarikh:

Date: