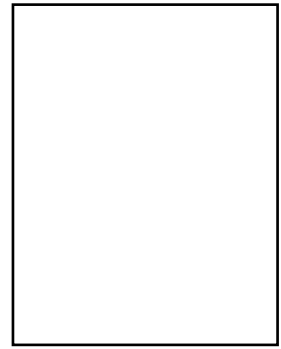




MAJLIS PERUBATAN TRADISIONAL & KOMPLEMENTARI
TRADITIONAL & COMPLEMENTARY MEDICINE COUNCIL

BORANG MAKLUMAT PEMOHON
APPLICANT INFORMATION FORM



BAHAGIAN A (PART A):

MAKLUMAT PERIBADI <i>PERSONAL INFORMATION</i>	
NAMA (seperti dalam dokumen pengenalan): <i>Name (as in identification document) :</i>	
Jenis Dokumen Pengenalan : <i>Type of Identification Documents:</i> (Sila pilih satu / Please choose one)	a) <input type="checkbox"/> Kad Pengenalan / Identification Card b) <input type="checkbox"/> Pasport / Passport c) <input type="checkbox"/> Lain-lain / Others (Sila nyatakan / please specify:)
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>Etnicity :</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>	

MAKLUMAT AMALAN

PRACTICE INFORMATION

Bidang Amalan Diiktiraf:
Recognised Practice Area:

Perubatan Tradisional Melayu / Traditional Malay Medicine

- Subbidang Amalan/ *Subpractice Area:*

(sila pilih yang berkaitan/ *please select related area*)

Urutan Melayu/ *Malay Massage*

Bekam/ *Cupping*

Herba Melayu/ *Malay Herbal*

Urutan Selepas Bersalin/ *Postnatal Massage*

Mengamalkan semua di atas/ *Practising all of the above*

Perubatan Tradisional Cina / Traditional Chinese Medicine

- Subbidang Amalan/ *Subpractice Area:*

(sila pilih yang berkaitan/ *please select related area*)

Akupunktur & Moksibusi / *Acupuncture & Moxibustion*

Bekam/ *Cupping*

Herba Cina/ *Chinese Herbal*

Tuina

Mengamalkan semua di atas/ *Practising all of the above*

Perubatan Tradisional India / Traditional Indian Medicine

- Subbidang Amalan/ *Subpractice Area:*

(sila pilih yang berkaitan/ *please select related area*)

Ayurveda

Siddha

Unani

Naturopati & Yoga/ *Naturopathy & Yoga*

Homeopati / Homeopathy

Pengubatan Islam / Islamic Medical Practice

Kiropraktik / Chiropractic

Osteopati / Osteopathy

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*

Saya mengaku bahawa keterangan-keterangan yang diberikan dalam borang ini adalah tepat dan benar dan dokumen yang disertakan merupakan salinan sah dokumen yang asal.

I hereby declare that the particulars stated in this application are accurate and true and the documents attached are true copies of the original documents.

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

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

Saya bersetuju dan memahami bahawa sebarang pemalsuan maklumat boleh menyebabkan pembatalan permohonan/pendaftaran saya.

I agree and understand that any falsification of information herein can cause my application/registration to be cancelled.

Saya mengaku bahawa saya tidak mempunyai penyakit mental dan tidak menghidapi sebarang penyakit berjangkit yang kronik.

I declare that I have no mental illness and do not have any chronic infectious disease.

Tandatangan Pemohon / *Applicant's Signature*

Nama Penuh / *Full Name:*

Tarikh / *Date*