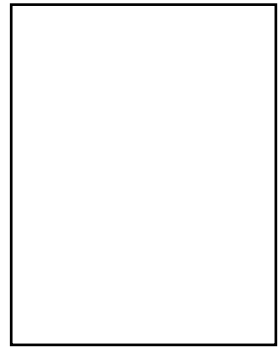




MAJLIS PERUBATAN TRADISIONAL & KOMPLEMENTARI
TRADITIONAL & COMPLEMENTARY MEDICINE COUNCIL

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

<p>(i) Alamat Utama: <i>Principal Address:</i></p>	
<p>(ii) Alamat Lain (jika berkenaan): <i>Other Addresses (if applicable):</i></p>	<p>a).....</p> <p>b).....</p> <p>c).....</p>

BAHAGIAN B (PART B):

MAKLUMAT KELAYAKAN AKADEMIK DALAM PT&K

INFORMATION ON ACADEMIC QUALIFICATIONS IN T&CM

(Sila Rujuk Garis Panduan Pendaftaran Pengamal PT&K Yang Berkaitan Dengan Bidang Amalan Diiktiraf Yang Dipohon /
Please Refer To The Registration Guideline for T&CM Practitioners Related To The Recognized Practice Area Applied For)

<p>a) Kelayakan asas: <i>Basic Qualification:</i></p>	
<p>b) Nama Institusi Yang Menganugerahkan Kelayakan: <i>Name of Awarding Institution:</i></p>	
<p>c) Tarikh Kelayakan Diperoleh: <i>Date Qualification Obtained:</i></p>	
<p>d) Lain-lain Kelayakan (yang berkaitan dengan PT&K sahaja): <i>Other Qualifications (related to T&CM only):</i></p>	<p>a).....</p> <p>b).....</p> <p>c).....</p>
<p>e) Lain-lain Kelayakan (yang tidak berkaitan dengan PT&K sahaja): <i>Other Qualifications (related to T&CM only):</i></p>	<p>a).....</p> <p>b).....</p> <p>c).....</p>
<p>Nota/Note: Sila sertakan salinan dokumen yang telah disahkan benar sebagai bukti kelayakan yang berkaitan. <i>Please attach the following certified true copies of documents as proof of the relevant qualification.</i></p>	

PENGALAMAN BEKERJA*WORKING EXPERIENCE*

(Bukti pengalaman ini hanya perlu diisi bagi pengamal yang tiada kelayakan asas yang diiktiraf /
Working experinece has to be filled by practitioners who do bot have a basic recognized qualification)

Tempat Bekerja / <i>Working Place</i>	Jawatan / <i>Position</i>	Tarikh / <i>Date</i>		Tempoh / <i>Period</i>
		Dari / <i>From</i>	Hingga / <i>To</i>	
				___ Tahun / <i>Years</i> ___ Bulan / <i>Months</i>
				___ Tahun / <i>Years</i> ___ Bulan / <i>Months</i>
				___ Tahun / <i>Years</i> ___ Bulan / <i>Months</i>
				___ Tahun / <i>Years</i> ___ Bulan / <i>Months</i>

Nota/Note:

Sila sertakan salinan dokumen yang telah disahkan benar sebagai bukti pengalaman yang berkaitan.
Please attach the following certified true copies of documents as proof of the relevant experience.

**MAKLUMAT PENDAFTARAN DENGAN BADAN LANTIKAN KKM YANG MENGAWAL
 BIDANG AMALAN SEBELUM 1 OGOS 2016**

*INFORMATION ON REGISTRATION WITH GOVERNING BODIES OF PRACTICE AREAS APPOINTED
 BY THE MOH PRIOR TO 1 AUGUST 2016*

(Sila rujuk muka surat 1 Panduan Pengisian Borang /
Please refer to page 4 of the Form Filling Guide)

Badan Yang Mengawal Bidang Amalan / <i>Governing Body of Practitioner</i>	Jawatan / <i>Position</i>	Tarikh / <i>Date</i>		Tempoh / <i>Period</i>
		Dari / <i>From</i>	Hingga / <i>To</i>	
				___ Tahun / <i>Years</i> ___ Bulan / <i>Months</i>

Nota/Note:

Sila sertakan BORANG AKUAN SEBAGAI AHLI BADAN PENGAMAL SEBELUM PERMULAAN KUAT KUASA AKTA (SEBELUM 1 OGOS 2016).

Please attach BORANG AKUAN SEBAGAI AHLI BADAN PENGAMAL SEBELUM PERMULAAN KUAT KUASA AKTA (SEBELUM 1 OGOS 2016).

MAKLUMAT PENDAFTARAN SEBAGAI PENGAMAL DI LUAR MALAYSIA /
INFORMATION ON REGISTRATION AS A PRACTITIONER OUTSIDE MALAYSIA

(Maklumat ini hanya perlu diisi oleh pengamal yang bukan warganegara Malaysia sahaja /
This information needs to be filled by non-Malaysian practitioner only)

Badan Yang Mengawal Bidang Amalan diiktiraf di Luar Malaysia / Governing Body of Recognised Practice Area Outside Malaysia	No Pendaftaran / Registration No.	No Perakuan Amalan / Practicing Certificate No.
	No. / No. : _____ Tahun / Year : _____	No. / No. : _____ Tahun / Year : _____

Nota/Note:

Sila sertakan salinan dokumen yang telah disahkan benar sebagai bukti pendaftaran dengan badan yang mengawal bidang amalan di luar Malaysia

Please attach certified true copies of documents as proof of registration with the governing body of practitioner outside Malaysia.

**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*