



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

**BORANG PENCALONAN
AHLI LEMBAGA PELAWAT HOSPITAL**

PERHATIAN : Bagi calon-calon

1. Setiap calon perlu mengisi satu Borang Pencalonan dengan lengkap.
2. Setiap calon merupakan Warganegara Malaysia dan bukan terdiri daripada mana-mana Ahli Parlimen dan Dewan Undangan Negeri.
3. Borang Pencalonan hendaklah disertakan dengan 2 Keping Gambar berukuran Passport.
4. Borang Pencalonan hendaklah diserahkan kepada:

Pejabat YB Menteri Kesihatan
Aras 13, Blok E7, Kompleks E
Pusat Pentadbiran Kerajaan Persekutuan
62590 Putrajaya

NAMA HOSPITAL DAERAH/ NEGERI :

1. Nama Penuh : _____

(HURUF BESAR)

2. Nama Lain : _____

3. No. K/P : _____

4. Tarikh Lahir : _____

5. Tempat & Negeri Lahir : _____

6. Jantina : () Lelaki () Perempuan

7. Keturunan : () Melayu () Cina
() India () Lain-lain

Nyatakan : _____

8. Taraf Perkahwinan : () Belum Berkahwin () Berkahwin

9. Alamat Tempat Tinggal :

Poskod : _____

10.No. Telefon : (a) Rumah : _____

(b) Tel. Bimbit : _____

11.Pekerjaan : () Kerajaan () Swasta

() Sendiri () Badan Berkanun

() Lain-lain, Nyatakan : _____

12.Jawatan/ Jenis Pekerjaan : _____

17. Peringkat Negeri :

- (i) _____
- (ii) _____
- (iii) _____

18. Peringkat Daerah / Mukim / Kampung :

- (i) _____
- (ii) _____
- (iii) _____

BAHAGIAN E : PENGAKUAN PEMOHON

19. PENGAKUAN PEMOHON

Saya mengaku bahawa semua maklumat yang dinyatakan dalam borang ini adalah benar. Saya mengaku bahawa :

- a) Saya tidak pernah diisytihar bangkrap.
- b) Saya tiada sebarang rekod jenayah termasuk tidak disabitkan di Mahkamah.
- c) Saya sihat dari segi fizikal dan mental untuk menjalankan fungsi sebagai Ahli Lembaga Pelawat Hospital.
- d) Sekiranya kenyataan di atas adalah tidak benar, YB Menteri Kesihatan berhak menamatkan perkhidmatan saya sebagai Ahli Lembaga Pelawat Hospital jika saya telah dilantik.

(Tandatangan)

Nama : _____

No. Kad Pengenalan : _____

Tarikh : _____

Bahagian F: Untuk pencalonan daripada Ketua Pemimpin Masyarakat

Bahagian G dan H : Untuk pencalonan daripada Hospital

PILIH SALAH SATU SAHAJA

**BAHAGIAN F : ULASAN PEMIMPIN MASYARAKAT TEMPATAN / KETUA
PERTUBUHAN / BADAN SUKARELA
(untuk diisi jika pencalonan daripada Ketua Pemimpin Masyarakat)**

20. Pencalonan ini adalah dicadangkan.

Ulasan :

Nama : _____

Jawatan : _____

Alamat Pejabat : _____

No. Tel. Pejabat : _____

BAHAGIAN G : ULASAN PENGARAH HOSPITAL
(untuk diisi bagi pencalonan daripada hospital)

21. Pencalonan ini adalah disyorkan.

Ulasan :

Nama : _____

(Tandatangan dan cop rasmi)

Tarikh : _____

BAHAGIAN H : ULASAN JABATAN KESIHATAN NEGERI
(untuk diisi bagi pencalonan daripada hospital)

22. Pencalonan ini adalah disyorkan.

Bersetuju

☐

Tidak Bersetuju

☐

Ulasan :

Nama : _____

(Tandatangan dan cop rasmi)

Tarikh : _____

BAHAGIAN I : KELULUSAN YB MENTERI KESIHATAN

23. Pencalonan ini adalah:

Diluluskan

☐

Tidak Diluluskan

☐

Ulasan (jika ada)

(Tandatangan)

Tarikh :
