



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

BORANG PENGALONAN AHLI LEMBAGA PELAWAT HOSPITAL

PERHATIAN : Bagi calon-calon

1. Setiap calon perlu mengisi satu Borang Pencalonan dengan lengkap.
2. Setiap calon hendaklah berumur **65 tahun dan ke bawah** serta **bukan** terdiri daripada mana-mana Wakil Rakyat/Ahli Parlimen.
3. Borang Pencalonan hendaklah disertakan dengan **2 Keping Gambar berukuran Pasport**.
4. Borang Pencalonan hendaklah disampaikan kepada **Pejabat Y.B. Menteri Kesihatan, Aras 13 Blok E7, Parcel E, Pusat Pentadbiran Kerajaan Persekutuan, 62590 Putrajaya** ,selewat-lewatnya 14 hari dari tarikh penerimaan Borang ini.

NAMA HOSPITAL DAERAH / NEGERI : _____

1. Nama Penuh : _____
(HURUF BESAR)
2. Nama Lain: _____
3. No. K/P: _____ (Lama) _____ (Baru)
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 () Duda / Janda
9. Taraf Kewarganegaraan: () Warganegara () Bukan Warganegara

10. Alamat Tempat Tinggal: _____

Poskod: _____

11. No. Telefon: (a) Rumah : _____ (b) Tel. Bimbit : _____

12. Pekerjaan: () Kerajaan () Swasta () Sendiri () Badan Berkanun
() Lain-lain: Nyatakan _____

13. Jawatan / Jenis Pekerjaan: _____

14. Alamat Pejabat / Surat Menyurat: _____

_____ Poskod: _____

15. No. Tel: _____ Faks: _____

BAHAGIAN B: KELULUSAN AKADEMIK

16. Kelulusan Tertinggi: () Ijazah/Diploma () STPM/HSC () SPM/MCE
() Darjah VI ke bawah () SRP () Lain-lain
Nyatakan: _____

BAHAGIAN C: KEGIATAN SUKARELA BAGI 3 TAHUN TERAKHIR
(Bagi calon Badan Sukarela sahaja, sila isikan ruangan ini)

Bil.	Nama Badan Sukarela	Lama Menjadi Ahli	Jawatan Sekarang
1.			
2.			
3.			

BAHAGIAN D: AKTIVITI/SUMBANGAN BAGI 3 TAHUN TERAKHIR

17. Peringkat Kebangsaan :

(i)

(ii)

(iii)

18. Peringkat Negeri :

(i)

(ii)

(iii)

19. Peringkat Daerah/Mukim/Kampung :

(i)

(ii)

(iii)

**BAHAGIAN E: ULASAN PEMIMPIN MASYARAKAT TEMPATAN / KETUA
PERTUBUHAN / BADAN SUKARELA**

20. Pencalonan ini () disokong () tidak disokong

Ulasan (jika ada) _____

Nama Pemimpin Masyarakat / Pertubuhan / Badan Sukarela Yang Mencalonkan :

21. Jawatan : _____

22. Alamat Pejabat : _____

Poskod : _____

23. No. Telefon Pejabat : _____ sambungan : _____

(Tandatangani dan cop rasmi)

Tarikh : _____

Kegunaan Pejabat

BAHAGIAN F KEPUTUSAN Y.B. MENTERI KESIHATAN MALAYSIA

Diluluskan

Tidak dituluskan

Ulasan (jika ada)

TANDATANGAN :

TARIKH :