LAMPIRAN D

BORANG PERMOHONAN PERTUKARAN KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

☐ Pertukaran Dalam JKN

☐ Pertukaran Luar JKN/Institusi

(tandakan √ pada petak yang berkenaan)

Sila baca keterangan berikut sebelum mengisi borang:

1. Borang ini hendaklah diisi dalam dua (2) salinan.
2. Sebarang perubahan maklumat kepada permohonan pertukaran yang telah didaftarkan hendaklah dimaklumkan secara bertulis.
3. Bagi permohonan kerana mengikut pasangan (suami/isteri), salinan Sijil Nikah dan Surat Akuan Majikan pasangan hendaklah disertakan.
4. Permohonan ini sah dan berkuat kuasa bagi tempoh tiga (3) tahun dari tarikh permohonan. Selepas tempoh tersebut, permohonan ini akan terbatal dengan sendirinya dan sekiranya tuan/puan masih berminat untuk bertukar, sila kemukakan permohonan baharu.

DESTINASI BERTUKAR :……

BIL.	*TARIKH TERIMA	BUTIRAN PERIBADI	MAKLUMAT PERKHIDMATAN	ALASAN PERTUKARAN	*KEPUTUSAN
		NAMA : …… …… NO. K/P : …… NO. TELEFON : …… STATUS : BUJANG/BERKAHWIN/ JANDA/DUDA BIL. ANAK : …… BIL. ANAK BERSEKOLAH : ……	NAMA JAWATAN : …… GRED : …… TARIKH LANTIKAN : …… NAMA & ALAMAT JABATAN : …… …… BAHAGIAN/UNIT : …… BIDANG POS BASIK/KEPAKARAN : …… TEMPOH PERKHIDMATAN DI PENEMPATAN SEKARANG : ……(TAHUN) ……(BULAN)	☐ MENGIKUT PASANGAN ☐ MENJAGA IBU/BAPA YANG UZUR/SAKIT ☐ ANCAMAN KESELAMATAN ☐ KES KESIHATAN KRONIK PEMOHON ☐ LAIN-LAIN (SILA NYATAKAN): …… (sila sertakan dokumen tambahan atau laporan perubatan/ polis yang terkini) SEKIRANYA ALASAN PERTUKARAN PEMOHON KERANA MENGIKUT PASANGAN, SILA ISIKAN MAKLUMAT **PASANGAN** SEPERTI BERIKUT: JARAK TEMPAT KERJA (KM) :…… NAMA MAJIKAN :…… TARIKH MULA BERKHIDMAT DI PENEMPATAN SEKARANG :……	☐ **LULUS** ☐ **TIDAK LULUS**

*Untuk kegunaan Ketua Jabatan

PERAKUAN PEMOHON

Saya sesungguhnya mengakui bahawa semua keterangan di atas adalah benar. Kementerian Kesihatan Malaysia berhak membatalkan permohonan saya jika didapati ada maklumat yang tidak benar. Saya faham bahawa pertukaran ini hanyalah ke Negeri / Institusi yang saya nyatakan di atas sahaja. Saya juga faham bahawa penempatan saya ke mana-mana tempat di dalam Negeri / Institusi itu adalah terpulang kepada pertimbangan dan keputusan Pengarah Kesihatan Negeri / Institusi berkenaan. Saya juga mengambil maklum bahawa sekiranya saya membatalkan pertukaran yang telah diluluskan oleh Jawatankuasa Penempatan Dan Pertukaran , saya tidak layak diberi sebarang pertimbangan pertukaran ke tempat yang sama dalam tempoh dua (2) tahun dari tarikh pembatalan dilakukan.

Taikh : .....

.....
(Tandatangan Pemohon)

PERAKUAN KETUA JABATAN

Saya mengesahkan bahawa maklumat yang diberikan adalah benar. Oleh itu saya memperakukan permohonan ini seperti ulasan berikut :

- ☐ Disokong tanpa pengganti
- ☐ Disokong dengan pengganti dihantar serentak
- ☐ Disokong dengan pengganti dihantar kemudian
- ☐ Tidak disokong (sila beri ulasan) : .....
- ☐ Ada tindakan tatatertib. Jenis hukuman: .....

Tarikh laporan : .....

Tarikh : ..... Tandatangan : .....
Nama : .....
Jawatan : .....
Cop Rasmi : .....

PENGESAHAN PENGARAH KESIHATAN NEGERI/INSTITUSI/ PENGARAH HOSPITAL/KETUA BAHAGIAN

Saya mengesahkan bahawa maklumat yang diberikan adalah benar. Oleh itu saya memperakukan permohonan ini seperti ulasan berikut :

- ☐ Disokong tanpa pengganti
- ☐ Disokong dengan pengganti dihantar serentak
- ☐ Disokong dengan pengganti dihantar kemudian
- ☐ Tidak disokong (sila beri ulasan) : .....
- ☐ Ada tindakan tatatertib. Jenis hukuman: .....

Tarikh laporan : .....

Tarikh : ..... Tandatangan : .....
Nama : .....
Jawatan : .....
Cop Rasmi : .....