



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA  
BAHAGIAN PENGURUSAN LATIHAN

**BORANG**  
**PERMOHONAN PROGRAM SUBKEPAKARAN DAN AREA OF INTEREST**  
**BAGI PEGAWAI PERUBATAN PAKAR**

Gambar  
Terkini  
Ukuran  
Paspot  
(warna)

SESI : 2021

\*tertakluk kepada perubahan

**ARAHAN:**

Semua maklumat hendaklah diisi dengan lengkap. Sebarang ruangan yang tidak diisi / kesilapan / maklumat yang tidak benar tidak akan diproses.

A MAKLUMAT PERIBADI	
1	<b>Nama Penuh</b> (Mengikut Kad Pengenalan)
2	<b>No. Kad Pengenalan</b>  Lama : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  Baru : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Sila sertakan salinan kad pengenalan yang disahkan)
3	<b>Jantina</b> <input type="checkbox"/> Lelaki <input type="checkbox"/> Perempuan
4	<b>Umur</b>
5	<b>Alamat Rumah</b> (Sila isi alamat terkini dengan lengkap)
6	<b>Alamat Pejabat</b> (Sila isi alamat terkini dengan lengkap)  <i>Nota: mohon maklumkan kepada urusetia BPL dan BPP jika berlaku pertukaran tempat bertugas setelah tarikh tutup iklan sekiranya berkaitan</i>
7	<b>No. Telefon</b>  Rumah <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  Pejabat <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  Telefon Bimbit <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

8	<b>No. Fax Pejabat</b>	<input type="text"/>
9	<b>Alamat Emel</b>	
10	<b>Taraf Perkahwinan</b>	<input type="checkbox"/> Bujang <input type="checkbox"/> Kahwin <input type="checkbox"/> Janda/Duda
11	<b>Nama Suami / Isteri/Waris</b>	
12	<b>Pekerjaan Suami / Isteri/Waris</b>	
13	<b>Alamat Pejabat Suami / Isteri/Waris</b> <i>(Sila isi alamat dengan lengkap)</i>	
14	<b>No.Tel Waris Terdekat Untuk Dihubungi</b>	<input type="text"/>
<b>B MAKLUMAT AKADEMIK</b>		
1	<b>Ijazah Asas</b> <b>Universiti</b> <b>Tahun</b> <b>Biasiswa</b> <b>Penaja</b> <b>Tahun Bermula</b> <b>Tempoh Ikatan /Gantirugi</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <b>Tahun Berakhir</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>Tahun</b> <b>Bulan</b> <b>Gantirugi</b>
2	<b>Ijazah Lanjutan (atau setaraf)</b> <b>Universiti</b> <b>Tahun</b> <b>Biasiswa</b> <b>Penaja</b> <b>Tahun Bermula</b> <b>Tempoh Ikatan / Gantirugi</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <b>Tahun Berakhir</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>Tahun</b> <b>Bulan</b> <b>Gantirugi</b>

C		MAKLUMAT PERKHIDMATAN
1	Jawatan & Gred	<input type="text"/> U <input type="text"/> D <input type="text"/> <input type="text"/>
2	Kedudukan Jawatan	<input type="checkbox"/> <i>Specialist</i> <input type="checkbox"/> <i>Consultant</i>
3	Spesialiti Bidang Kepekaran	
4	Taraf Lantikan	<input type="checkbox"/> Tetap <input type="checkbox"/> Kontrak <input type="checkbox"/> Sambilan
5	Tarikh Lantikan	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6	Tarikh Pengesahan Jawatan	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7	Tarikh Pendaftaran Penuh Dengan Majlis Perubatan Malaysia	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
8	No. Pendaftaran Penuh Dengan Majlis Perubatan Malaysia	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
9	Tarikh Pewartaan Pakar	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
10	Pengalaman Sebagai Pakar (mulai tarikh pewartaan)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tahun Bulan
11	Tarikh Daftar NSR	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
12	Nombor Daftar NSR	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

<b>D LATIHAN SEMASA HOUSEMAN</b>		
<b>Disiplin</b> <i>(sila tanda X ditempat berkenaan)</i>	<b>Tempat Latihan</b>	<b>Ketua/Pakar</b>
Perubatan Dalaman		
O&G		
Pembedahan Am		
Pediatrik		
Ortopedik		
<b>E SEJARAH PERKHIDMATAN SEBELUM LULUS SARJANA PERUBATAN ATAU SETARAF</b>		
<b>Tarikh dan tempoh masa penempatan</b>	<b>Hospital/Jabatan/Unit</b>	<b>Pakar Perunding</b>
<b>F SEJARAH PERKHIDMATAN SELEPAS LULUS SARJANA PERUBATAN ATAU SETARAF</b>		
<b>Tarikh dan tempoh masa penempatan</b>	<b>Hospital/Jabatan/Unit</b>	<b>Pakar Perunding</b>

**G PILIHAN BIDANG YANG DITAWARKAN***(Sila pastikan bidang yang dipilih adalah mengikut keutamaan yang diberikan)***1 = Pilihan Pertama****2 = Pilihan Kedua****3 = Pilihan Ketiga****1 MEDICAL**

Acute Internal Medicine  
 Cardiology  
 Dermatology  
 Endocrinology  
 Gastroenterology  
 and Hepatology  
 Geriatric Medicine  
 Hematology  
 Infectious Disease  
 Nephrology  
 Neurology  
 Respiratory Medicine  
 Rheumatology  
 Palliative Care Medicine


**2 SURGERY**

Breast & Endocrine Surgery  
 Cardiothoracic Surgery  
 Colorectal Surgery  
 Hepatobiliary Surgery  
 Neurosurgery  
 Paediatric Surgery  
 Plastic Surgery  
 Thoracic Surgery  
 Upper Gastrointestinal Surgery  
 Urology  
 Vascular Surgery  
 Trauma & Burn Surgery


**3 PAEDIATRIC**

Adolescent Medicine  
 Clinical Genetics  
 Developmental Paediatrics  
 General Paediatric & Child  
 Health  
 Paediatric Cardiology  
 Paediatric Dermatology  
 Paediatric Endocrinology  
 Paediatric Gastroenterology  
 Paediatric Haemato-Oncology  
 Paediatric Infectious Diseases  
 Paediatric Intensive Care  
 Neonatology  
 Paediatric Nephrology  
 Paediatric Neurology  
 Paediatric Respiratory  
 Paediatric Rheumatology  
 Paediatric Emergency Medicine  
 Paediatric Palliative Medicine  
 Paediatric Rehabilitation Medicine


**4 RADIOLOGY**

Body Imaging (Thoracic)  
 Body Imaging (Genito-  
 Uroradiology)  
 Body Imaging  
 (Gastrohepatobiliary)  
 Body Imaging (Oncology)  
 Body Imaging (Forensic)  
 Breast Imaging  
 Cardiac Radiology  
 Neuroradiology (Head &  
 Neck Imaging)  
 Neuroradiology (Neuro-  
 Imaging)  
 Musculoskeletal Radiology  
 Interventional Radiology  
 Paediatric Radiology


**5 ANAESTHESIA**

Adult Intensive Care  
 Cardiac Anaesthesia  
 Paediatric Anaesthesia  
 Pain Management  
 Neuroanaesthesia & Trauma  
 Obstetric Anaesthesia  
 Liver Anaesthesia  
 Vascular Anaesthesia  
 Regional Anaesthesia


**6 ORTHOPEDIC**

Advanced Trauma  
 Arthroplasty  
 Arthroscopy & Sports Surgery  
 Foot & Ankle Surgery  
 Orthopaedic Oncology  
 Paediatric Orthopaedic  
 Spinal Surgery  
 Upper Limb & Microsurgery


**7 PSYCHIATRY**

Addiction & Substance Abuse  
 Child & Adolescent Psychiatry  
 Community & Rehabilitation  
 Psychiatry  
 Forensic Psychiatry  
 Liaison Psychiatry  
 Neuropsychiatry  
 Psychogeriatric


**8 OPHTHALMOLOGY**

Cornea  
 Comprehensive Ophthalmology  
 Glaucoma  
 Medical Retina  
 Oculoplastic Surgery  
 Paediatric Ophthalmology  
 Vitreo-retinal


**9 O & G**

Gynae-oncology  
 Maternal Fetal Medicine  
 Reproductive Medicine  
 Uro-gynaecology


**10 ORL**

Head & Neck Surgery  
 Otology & Skull Based Surgery  
 Paediatric ORL  
 Rhinology


## PUBLIC HEALTH

### 11 PUBLIC HEALTH MEDICINE

Communicable Disease Epidemiology  
 Non-Communicable Disease Epidemiology  
 Family Health  
 Occupational Health  
 Environmental Health  
 Health Services Management


### 12 FAMILY MEDICINE

Non- Communicable Disease in Primary Care  
 Communicable Disease in Primary Care  
 Palliative Medicine in Primary Care  
 Mental Health in Primary Care  
 Addiction Medicine in Primary Care  
 Sexual and Reproductive Health in Primary Care  
 Geriatrics in Primary Care  
 Child Health in Primary Care  
 Adolescent Health in Primary Care  
 Health Informatics


## AREA OF INTEREST

### 13 PATOLOGI

Anatomical Pathology  
 Chemical Pathology  
 Haematology  
 Microbiology  
 Transfusion Medicine


### 14 EMERGENCY MEDICINE

Pediatric Emergency Medicine  
 Critical Care Medicine  
 Clinical Toxicology  
 Pre-Hospital Care & Disaster  
 Emergency Trauma Care


**15 FORENSIC MEDICINE**

Clinical Forensic Medicine  
 Paediatric Forensic  
 Pathology  
 Forensic Anthropology  
 Forensic Toxicology  
 Forensic Pathology

  
  
  
  

**16 FAMILY MEDICINE**

Pre- Hospital Care  
 Clinical Epidemiology  
 Dermatology in Primary  
 Care  
 Wound Care  
 Rehabilitation in Primary  
 Care  
 Artificial Intelligence in  
 Primary Care

  
  
  
  
  

**17 REHABILITATION  
MEDICINE**

Rehabilitation Medicine

**18 NUCLEAR MEDICINE**

Nuclear Medicine

**19 OTHERS**

Specify : \_\_\_\_\_  
 (kindly provide justifications and  
 supporting documents eg: study  
 content, duration etc)



**H PILIHAN TEMPAT LATIHAN / PENEMPATAN SELEPAS TAMAT LATIHAN**

- 1 a. Nyatakan pilihan tempat latihan mengikut keutamaan dan alasan pilihan tersebut  
*\*penetapan tempat latihan tertakluk kepada keperluan latihan dan keputusan jawatankuasa adalah muktamad*

1 = Pilihan Pertama

2 = Pilihan Kedua

3 = Pilihan Ketiga

Tempat Latihan :

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Alasan - alasan :

---



---



---

- ii b. Nyatakan pilihan tempat bekerja (selepas tamat latihan) mengikut keutamaan dan alasan pemilihan tersebut  
*\*penetapan penempatan selepas tamat latihan tertakluk kepada keperluan perkhidmatan semasa dan keputusan jawatankuasa adalah muktamad.*

1 = Pilihan Pertama

2 = Pilihan Kedua

3 = Pilihan Ketiga

Tempat Bekerja :

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Alasan - alasan :

---



---



---

**I REFEREE**

*(Sila namakan 2 referee yang berpengetahuan mengenai kemahiran klinikal anda dan juga merupakan immediate supervisor. Kedua-dua referee tersebut hendaklah mengisikan Borang R dengan lengkap dan dimasukkan ke dalam sampul yang di lakerikan (seal) dan seterusnya mengemukakan bersama dengan borang permohonan ke Unit Program Kepakaran 2, Bhg. Pengurusan Latihan, KKM)*

Nama :  
 Jawatan :  
 Tempat Bertugas :

Nama :  
 Jawatan :  
 Tempat Bertugas :

**J PENERBITAN / PENYELIDIKAN / PENYAMPAIAN KERTAS KERJA**

**(Sila senarai mengikut tahun)**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

**K PENGLIBATAN DALAM ORGANISASI PROFESIONAL**

**(Sila senarai mengikut tahun)**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

**L PERAKUAN PEMOHON**

1. Saya dengan ini mengaku bahawa saya bebas daripada penyakit yang menjejaskan keupayaan saya untuk mengamalkan perubatan (unfit to practice) dari segi fizikal dan mental seperti yang terkandung dalam Lampiran E, Akta 1971 termasuk penyakit berjangkit bawaan darah seperti HIV/AIDS dan sebagainya. Sekiranya saya didapati mengidap penyakit tersebut, saya bersetuju bahawa pihak Kementerian berhak membatalkan permohonan ini serta merta tanpa memaklumkan kepada saya terlebih dahulu.
2. Saya mengaku bahawa saya telah baca dan faham mengenai Dasar Pelaksanaan Tindakan Penalti Kepada Pemegang Biasiswa Dalam Perkhidmatan Yang Gagal Menamatkan Pengajian Dengan Jaya yang berkuatkuasa ke atas saya sekiranya saya berjaya mendapat tawaran ini.
3. Saya bersetuju dengan keputusan Jawatankuasa untuk penempatan atas keperluan latihan dan Penempatan Setelah Tamat Latihan (PSTL) berdasarkan kepentingan perkhidmatan
4. Saya mengaku bahawa semua keterangan di atas adalah benar dan permohonan ini adalah lengkap. Sekiranya kenyataan yang diberikan tidak benar atau permohonan ini tidak lengkap, saya bersetuju bahawa pihak Kementerian berhak membatalkan permohonan ini.

Tarikh:

Tandatangan dan Cop Jabatan Pemohon

**M | PENGESAHAN KETUA JABATAN (PENGARAH/KETUA PTJ)**

Saya mengesahkan bahawa kenyataan yang diberikan oleh pegawai adalah benar dan permohonan beliau adalah lengkap.

Pegawai \*boleh/tidak boleh dilepaskan untuk menjalani kursus pada sesi yang dipohon.

Disokong oleh:  
(Penyelia)

Diluluskan oleh:  
(Ketua Jabatan)

Tandatangan:

Tandatangan:

Nama:

Nama:

Jawatan:

Jawatan:

Cop:

Cop:

Tarikh:

Tarikh:

Nota;  
Ketua Jabatan; Pengarah Bahagian/JKN/Hospital/Ketua PTJ