

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 berkuatkuasa 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 : (TAHUN) PERKHIDMATAN DI PENEMPATAN : (BULAN) SEKARANG	<input type="checkbox"/> MENGIKUT PASANGAN <input type="checkbox"/> MENJAGA IBU/BAPA YANG UZUR/SAKIT <input type="checkbox"/> ANCAMAN KESELAMATAN <input type="checkbox"/> KES KESIHATAN KRONIK PEMOHON <input type="checkbox"/> LAIN-LAIN (SILA NYATAKAN) (Sila sertakan dokumen tambahan atau laporan perubahan/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 :	<input type="checkbox"/> LULUS <input type="checkbox"/> 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 dan Pertukaran, saya tidak layak di beri sebarang pertimbangan pertukaran ke tempat yang sama dalam tempoh dua (2) tahun dari tarikh pembatalan dilakukan.

Tarikh:

.....
(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 :