

**BORANG PERMOHONAN PROGRAM FELLOWSHIP
(SUBSPECIALTY)
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**

Sila kepitkan
gambar
berukuran paspot

A. BUTIR-BUTIR PERIBADI:

Nama: _____

Hospital : _____

Spesialiti : _____

Nombor Kad Pengenalan (Baru) : _____

Alamat (Rumah) : _____

(Pejabat) : _____

Tarikh lahir : _____ Umur : _____

Jantina : _____

Kedudukan Jawatan : Specialist Consultant

Gred : _____

Taraf Perkahwinan: Kahwin Bujang

Nama Suami/Isteri: _____

Pekerjaan Suami/Isteri: _____

Alamat Tempat Suami/Isteri Bekerja: _____

Nombor telefon: _____ Nombor fax: _____

Alamat e-mail: _____

B. KELAYAKAN DAN PENGALAMAN PEMOHON:

Ijazah Asas: _____

Universiti: _____ Tahun: _____

Tarikh Pendaftaran Penuh Dengan Malis Perubatan Malaysia : _____

No. Pendaftaran Penuh Dengan Majlis Perubatan Malaysia : _____

Ijazah Lanjutan: _____ Tahun: _____

Universiti: _____

Tarikh Pengwartaan: _____

Pengalaman (Jumlah Tahun) Sebagai Pakar : _____

1. Latihan semasa “ Houseman ”:

Disiplin	Sila \checkmark tempat berkenaan	Tempat Latihan	Ketua/Pakar
Perubatan Dalaman	<input type="checkbox"/>		
Obstetrik & Ginekologi	<input type="checkbox"/>		
Pembedahan Am	<input type="checkbox"/>		
Pediatrik	<input type="checkbox"/>		
Otopedik	<input type="checkbox"/>		
Latihan lain-lain	_____ _____ _____		

11. SEJARAH PERKHIDMATAN SEBELUM LULUS MMED/MRCP:

Tarikh dan tempoh masa penempatan	Hospital	Jabatan/Unit	Pakar Perunding

C. SEJARAH PERKHIDMATAN SELEPAS LULUS MMED/MRCP:

Tarikh dan tempoh masa penempatan	Hospital	Jabatan/Unit	Pakar Perunding

D. PILIHAN LATIHAN SUBSPECIALITI:

(1= pilihan pertama, 2= pilihan kedua, 3= pilihan ketiga)

1a) Perubatan

Advanced Internal Medicine	<input type="checkbox"/>	Neurology	<input type="checkbox"/>	Rheumatology	<input type="checkbox"/>
Nephrology	<input type="checkbox"/>	Respiratory Medicine	<input type="checkbox"/>	Hepatology	<input type="checkbox"/>
Gastroenterology	<input type="checkbox"/>	Geriatric Medicine	<input type="checkbox"/>	Lain – lain :	<input type="checkbox"/>
Hematology	<input type="checkbox"/>	Critical Care	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Dermatology	<input type="checkbox"/>	Endocrinology	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Cardiology	<input type="checkbox"/>	Infectious Disease	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>

1b) Pediatrik

Pediatric Radiology	<input type="checkbox"/>	Pediatric Intensive Care	<input type="checkbox"/>	Pediatric Dermatology	<input type="checkbox"/>
Pediatric Respiratory	<input type="checkbox"/>	Adolescent Medicine	<input type="checkbox"/>	Lain – lain :	<input type="checkbox"/>
Pediatric Cardiology	<input type="checkbox"/>	Neonatology	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Pediatric Surgery	<input type="checkbox"/>	Pediatric Hematology	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Community Pediatric	<input type="checkbox"/>	Pediatric Nephrology	<input type="checkbox"/>		
Infectious Disease	<input type="checkbox"/>	Pediatric Oncology	<input type="checkbox"/>		
Pediatric Clinical Genetics	<input type="checkbox"/>	Pediatric Neurology	<input type="checkbox"/>		

1c) Surgeri/Radiologi/Obstetrik & Ginekologi/Anestesia

Urology		Musculoskeletal Radiology		Paediatric Anesthesia	
Hepato – Biliary Surgery		Neuroradiology		Intensive Care	
Vascular Surgery		Interventional Radiology		Neuroanesthesia and Trauma	
Hand – Micro Surgery		Breast & Endocrine Radiology		Pain Management	
Plastic Surgery		Gastro Hepatobiliary Radiology		Lain – lain :	
Neurosurgery		Paediatric Radiology			
Cardiothoracic Surgery		Gynae – Oncology			
Paediatric Surgery		Maternal Fetal Medicine			
Upper Gastrointestinal Surgery		Uro Gynaecology			
Colorectal Surgery		Reproductive Medicine			
Breast & Endocrine Surgery		Cardiac Anesthesia			

1d) Psikiatri/Otopedik/Oftalmologi/Telinga , Tekak & Hidung

Child Psychiatry		Spine Orthopaedic		Oculoplastic Surgery	
Liaison Psychiatry		Oncology Orthopaedic		Vitreo – retina	
Neuropsychiatry		Otology /skull Base Surgery		Lain – lain :	
Forensic Psychiatry		Head & Neck Surgery			
Community & Rehabilitation Psychiatry		Paediatric ENT			
Paediatric Orthopaedic		Rhinology			
Joint Arthroplasty		Corneal			
Sports Orthopaedic		Glaucoma			

1e) Patologi/ForensikMedicine

Hematology		Clinical Forensic Medicine		
Medicine Microbiology		Paediatric Forensic Pathology		
Chemical Pathology		Forensic Anthropology		
Histopathology		Forensic Toxicology		
Forensic Pathology		Lain – lain :		
Transfusion Medicine				

2a) Nyatakan pilihan tempat latihan mengikut keutamaan dan alasan pilihan tersebut.

(1= pilihan pertama, 2= pilihan kedua, 3= pilihan ketiga)

Tempat latihan:

1. _____

2. _____

3. _____

Alasan-alasan:

2b)Nyatakan pilihan tempat bekerja mengikut keutamaan selepas tamat latihan serta alasan pilihan tersebut.

(1= pilihan pertama, 2= pilihan kedua, 3= pilihan ketiga)

Tempat bekerja:

1. _____

2. _____

3. _____

Alasan-alasan:

E. REFEREE:

(Sila namakan 2 referee yang berpengetahuan mengenai kemahiran klinikal anda. Kedua-dua referee tersebut hendaklah mengisikan Borang R dengan lengkap dan menghantar borang tersebut secara berasingan kepada Urusetia Program “Fellowship” di Kementerian Kesihatan)

Nama	Alamat tempat bekerja	Jawatan

F. PENERBITAN/PENYELIDIKAN/PENYAMPAIAN KERTAS KERJA:

(Sila senaraikan mengikut tahun)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

G. PENGLIBATAN DALAM ORGANISASI PROFESSIONAL

(Sila senaraikan mengikut tahun)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

H. SOKONGAN KETUA JABATAN

Saya menyokong/tidak menyokong permohonan bagi _____

(sila isikan nama calon) untuk mengikuti Program “Fellowship” di bidang _____.

Nama Ketua Jabatan: _____

Jabatan: _____

Hospital: _____

Tarikh: _____

Tandatangan serta cop rasmi.

I. BORANG YANG LENGKAP HENDAKLAH DIHANTAR KE ALAMAT BERIKUT :

***URUSETIA
PROGRAM FELLOWSHIP PERINGKAT KEMENTERIAN
CAWANGAN PEMBANGUNAN PROFESYEN PERUBATAN
BAHAGIAN PERKEMBANGAN PERUBATAN
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA
ARAS 6, BLOK E1, PARCEL E
KOMPLEKS PEJABAT KERAJAAN PERSEKUTUAN
62590 PUTRAJAYA..***

3. PENGETAHUAN DAN “PROFESSIONAL SKILLS”:

4. PENGLIBATAN DALAM PENYELIDIKAN DAN LATIHAN:

5. KESESUAIAN UNTUK LATIHAN “FELLOWSHIP”

Tandatangan Referee: _____

Cop Rasmi Referee: _____

Tarikh: _____

**BORANG R
PERMOHONAN PROGRAM FELLOWSHIP ,KKM**

LAPURAN REFEREE

(Borang ini hendaklah diisikan dengan lengkap oleh referee dan dihantarkan terus kepada Urusetia Latihan Fellowship Peringkat Kementerian, beralamat di :

*Cawangan Pembangunan Profesyen Perubatan,
Bahagian Perkembangan Perubatan,
Kementerian Kesihatan Malaysia,
Aras 6, Blok E1, Parcel E
Kompleks Pejabat Kerajaan
62590 PUTRAJAYA*

NAMA CALUN: _____

NAMA REFEREE: _____

BIDANG LATIHAN FELLOWSHIP YANG DIPOHON: _____

Beri komen/ulasan anda mengenai calon tersebut dalam perkara –perkara berikut:

1. HUBUNGAN DENGAN STAF, PESAKIT DAN KELUARGA PESAKIT:

**2. “COMMITMENT “TERHADAP KERJA, KERJA BERPASUKAN DAN
MEMPUNYAI KUALITI-KUALITI PEMIMPIN:**

3. PENGETAHUAN DAN “PROFESSIONAL SKILLS”:

4. PENGLIBATAN DALAM PENYELIDIKAN DAN LATIHAN:

5. KESESUAIAN UNTUK LATIHAN “FELLOWSHIP”

Tandatangan Referee: _____

Cop Rasmi Referee: _____

Tarikh: _____

