

JABATAN KESELAMATAN DAN KESIHATAN PEKERJAAN MALAYSIA

Website: <http://www.dosh.gov.my>

**PANDUAN PERMOHONAN PENDAFTARAN SEBAGAI
DOKTOR KESIHATAN PEKERJAAN**

**SILA HANTARKAN PERMOHONAN DI ARAS 4 JKPP IBU PEJABAT ATAU
ALAMATKAN KEPADA:**

Ketua Pengarah,
Jabatan Keselamatan dan Kesihatan Pekerjaan,
Aras 2, 3 & 4, Blok D3, Kompleks D,
Pusat Pentadbiran Kerajaan Persekutuan,
62530 Wilayah Persekutuan Putrajaya.

(u/p: Pengarah Bahagian Kesihatan Pekerjaan)

dengan disertakan maklumat-maklumat yang **disusun** seperti berikut:-

BIL.	PERKARA	ADA (√)	TIADA (X)
1.	Borang Permohonan yang diisi dengan lengkap.		
2.	Memiliki sekurang-kurang postgraduate diploma kesihatan pekerjaan yang diiktiraf oleh Kerajaan Malaysia atau Ketua Pengarah ATAU telah berjaya menamatkan latihan kursus kesihatan pekerjaan yang diluluskan oleh Ketua Pengarah dan telah lulus peperiksaan Doktor Kesihatan Pekerjaan yang di kendalikan oleh Institut Keselamatan dan Kesihatan Pekerjaan Negara(NIOSH)		
3.	Salinan kelayakan akademik atau profesional (MBBS) / Medical Doctor yang telah disahkan.		
4.	Salinan kad pengenalan (untuk rakyat Malaysia) atau paspot (untuk rakyat asing) yang telah disahkan.		
5.	Salinan permit kerja yang dikeluarkan oleh kerajaan Malaysia (untuk permaustatin asing) yang disahkan.		
6.	Salinan Perakuan Amalan Tahunan yang telah disahkan.		
7.	Salinan Pendaftaran Penuh (MMC) yang telah disahkan.		
8.	Gambar warna terbaru ukuran paspot 2 keping.		

(Seksyen Pengiktirafan, Bahagian Kesihatan Pekerjaan)



JABATAN KESELAMATAN DAN KESIHATAN PEKERJAAN
PERATURAN – PERATURAN KESELAMATAN DAN KESIHATAN PEKERJAAN
(PENGUNAAN DAN STANDARD PENDEDAHAN BAHAN KIMIA BERBAHAYA KEPADA KESIHATAN) 2000

Borang Permohonan Untuk Pendaftaran Doktor Kesihatan Pekerja

A. BUTIR – BUTIR PERMOHONAN

Nama (dengan huruf besar)	:			Sila lekatkan gambar berukuran pasport (2 keping)
Tarikh Lahir	:			
No. Kad Pengenalan / No. Pasport	:	Lama:	Baru:	
Tempat Lahir	:	Bandar:	Daerah:	
		Negeri:		
Jantina	:	<input type="checkbox"/> Lelaki	<input type="checkbox"/> Perempuan	
Kewarganegaraan	:			
Alamat Pejabat	:			
		Poskod:	E-mel:	
		No. Telefon:	No. Faks:	
Alamat Rumah	:			
		Poskod:	E-mel:	
		No. Telefon:	No. Faks:	

B. PENCAPAIAN TERTINGGI AKADEMIK DAN KURSUS – KURSUS BERKAITAN YANG TELAH DIHADIRI**B1. PENCAPAIAN TERTINGGI AKADEMIK**

Nama Institusi	Tahun		Pencapaian Tertinggi*
	Dari	Hingga	

B2. KURSUS BERKAITAN YANG DIPEROLEH*

Tajuk Kursus	Tarikh	Penganjur

C. LATARBELAKANG PEKERJAAN DALAM BIDANG KESELAMATAN DAN KESIHATAN PEKERJAAN

Nama Institusi atau Syarikat	Tempoh Bekerja		Jawatan	Deskripsi Kerja
	Dari	Hingga		

D. PENGALAMAN DALAM MENJALANKAN PENGAWASAN PERUBATAN ****E. AHLI DALAM MANA – MANA PERSATUAN KESIHATAN PEKERJAAN / PERUBATAN PEKERJAAN ATAU PERTUBUHAN ***

Ahli

Tahun

* Sila sahkan setiap dokumen yang berkenaan :

** Sila beri butir-butir seperti jenis pengawasan, keputusan, cadangan dan tindakan susulan.

F. PENGAKUAN

Saya dengan ini bahawa kesemua butir-butir di atas betul kepada pengetahuan saya. Jika pihak tuan mendapati bahawa terdapat kenyataan saya yang tidak tepat atau palsu, maka bersetuju dan menerima supaya pendaftaran saya sebagai “Doktor Kesihatan Pekerjaan” ditolak atau permohonan saya untuk memperbaharui sijil dibatalkan oleh Ketua Pengarah tanpa sebarang notis diberikan kepada saya

Tandatangan: _____

Tarikh: _____