



**JABATAN KESELAMATAN DAN KESIHATAN PEKERJAAN
MALAYSIA**

Department Occupational Safety and Health

BORANG PENDAFTARAN ERGONOMICS TRAINED PERSON (ETP)

A.BUTIR-BUTIR PERMOHONAN					
	INITIAL ERGONOMICS RISK ASSESSMENT	ADVANCED ERGONOMICS RISK ASSESSMENT			
Nama (dengan huruf besar):	Tarikh Lahir:	Sila sertakan satu salinan gambar berukuran passport			
No. Kad Pengenalan / No. Pasport:	Tempat Lahir:				
Jantina <table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Lelaki</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Perempuan</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>		Lelaki	<input type="checkbox"/>	Perempuan
<input type="checkbox"/>	Lelaki				
<input type="checkbox"/>	Perempuan				
Alamat Pejabat:	No. Telefon:	Emel:			
	No. Faks :				
	No. Telefon :				
Alamat Rumah:	No. Telefon:	Emel:			
	No. Faks:				
	No. Telefon Bimbit :				
Nama & Alamat Pusat Pengajar ERA atau Penganjur Kursus Initial / Advanced ERA:	No. Telefon:	Emel:			
	No. Faks:				
	No. Telefon Bimbit :				

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

Nama Institusi	Tahun Pengajian		Pencapaian Tertinggi
	Dari	Hingga	

B.2 KURSUS BERKAITAN YANG DIPEROLEHI

Tajuk Kursus	Tarikh	Tempat Kursus / Penganjur

(*Sila sertakan SIJIL dan SLAID KURSUS)

C. LATARBELAKANG PEKERJAAN & PENGALAMAN DALAM BIDANG ERGONOMIK

Nama & Alamat Majikan	Tahun Pengajian		Deskripsi Tugas
	Dari	Hingga	

(*Sila sertakan surat pengesahan majikan)

D. PENGAKUAN

Saya dengan ini mengaku bahawa kesemua butir-butir diatas adalah betul berasaskan kepada pengetahuan saya. Jika pihak tuan mendapati bahawa terdapat kenyataan saya yang tidak tepat atau palsu, maka saya bersetuju dan menerima supaya pendaftaran saya sebagai *Ergonomics Trained Person* ditolak atau kompetensi dibatalkan oleh Ketua Pengarah tanpa sebarang notis diberikan kepada saya.

Tandatangan : _____ Tarikh : _____

Nama : _____

Nama (Saksi) : _____

No. KP (Saksi) : _____

Tandatangan : _____