**BAHAGIAN PERKHIDMATAN FARMASI**

**JABATAN KESIHATAN NEGERI PULAU PINANG**

**Aras 8, Bangunan Persekutuan, Jalan Anson,10400 Pulau Pinang**

**PERMOHONAN LATIHAN SANGKUTAN *PROVISIONALLY REGISTERED PHARMACIST* (PRP) DARI FASILITI LIBERALISASI – IPTA / IPTS**

**BAHAGIAN A : UNTUK DIISI OLEH IPTA / IPTS**

NAMA IPTA / IPTS : ……………………………………………

MAKLUMAT PRESEPTOR NAMA : ……………………………………………

NO. TELEFON : ……………………………………………

ALAMAT EMEL : ……………………………………………

MAKLUMAT PRP NAMA : ……………………………………………

NO. KAD PENGENALAN : ……………………………………………

NO. PENDAFTARAN PRP : ……………………………………………

HOSPITAL KERAJAAN YANG DIPILIH (Sila senaraikan mengikut keutamaan) :

1) ............................................................

2) ............................................................

3) ............................................................

4) ............................................................

TEMPOH LATIHAN PRP : Dari ............................ hingga ............................ (12 minggu)

…………………………………..

*(Tandatangan Dekan / Preseptor PRP)*

Nama : …………………………………..

Jawatan : …………………………………..

Tarikh : …………………………………..

**BAHAGIAN B : UNTUK DIISI OLEH FASILITI LATIHAN YANG DIPILIH**

Saya ……………………………………………………………………………………………….

*(Nama Pengarah Hospital / Pegawai Yang Dilantik)*

dengan ini bersetuju untuk menerima permohonan bagi latihan sangkutan PRP seperti di

atas di fasiliti ……………………………………………………….………………………………

*(Nama Hospital)*

bagi tempoh ………………………… sehingga …………………………….

*(Tarikh mula) (Tarikh tamat)*

Tarikh : ………………………… ……………………………………….

*Tandatangan & Cop Rasmi*