|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| http://upload.wikimedia.org/wikipedia/ms/archive/9/93/20090423144020!Coat_of_arms_of_Malaysia.png  **BORANG FLL (II) - BORANG PEMAKLUMAN UNTUK MENJALANI LATIHAN PROVISIONAL PRP SECARA LIBERALISASI**  **BAHAGIAN LEMBAGA FARMASI MALAYSIA (BLFM)** | | |
| **Panduan/Syarat-syarat LFM (Baca dengan teliti sebelum mengisi borang)**   1. Borang ini adalah *computer fillable.* Sila **isi secara elektronik** dengan lengkap, **cetak**, **tandatangan** dan kemukakan ke BLFM bersama-sama dengan dokumen sokongan yang lengkap melalui **E-MEL SAHAJA** di alamat e-mel **latihan.prp@moh.gov.my** 2. Borang yang tidak lengkap dengan dokumen sokongan tidak akan diproses dan mengakibatkan kelewatan untuk memulakan latihan PRP 3. Borang ini perlu dihantar sekurang-kurangnya dua (2) minggu sebelum tarikh mula latihan PRP yang disebut di kontrak pekerjaan. 4. Latihan Provisional **HANYA** boleh dimulakan setelah mendapat Notis Pemberitahuan BLFM Untuk Memulakan Latihan Provisional PRP Secara Liberalisasi diterima melalui emel setelah borang ini diproses di peringkat BLFM 5. Seksyen A : Diisi oleh PRP. 6. Seksyen B : Diisi oleh Preseptor. 7. Seksyen C : Diisi oleh Pemilik/Majikan Premis 8. Dokumen sokongan yang diperlukan:    1. Surat Tawaran Bekerja.    2. Kontrak Pekerjaan. | | |
| **A. MAKLUMAT PRP** | | |
| 1. | Jenis Premis | : Choose an item. |
| 2. | Status Latihan | : Choose an item. |
| 3. | Nama Penuh | : Click or tap here to enter text. |
| 4. | No. Kad Pengenalan | : Click or tap here to enter text. |
| 5. | No. Telefon Bimbit | : Click or tap here to enter text. |
| 6. | E-mel | : Click or tap here to enter text. |
| 7. | No. Pendaftaran PRP | : Click or tap here to enter text. |
| 8. | Tarikh Daftar PRP | : Click or tap to enter a date. |
| 9. | Pemegang Biasiswa JPA | : Choose an item. |
| 10. | **Perakuan PRP (Sila baca dengan teliti dan tanda pada ruang yang disediakan sebelum tandatangan):**  Saya faham bahawa bahawa sepanjang tempoh Latihan Provisional, saya bertanggung jawab untuk:   1. Memenuhi keperluan modul latihan buku log dalam tempoh masa yang ditetapkan, 2. Komited dalam melaksanakan kesemua modul latihan dengan sikap positif, 3. Berusaha untuk mendapatkan pengetahuan dan kemahiran melalui proses pembelajaran, pemerhatian, pembacaan dan pertanyaan, 4. Terlibat dalam program pembangunan pembelajaran berterusan bagi peningkatan kompetensi, 5. Mematuhi polisi majikan, 6. Tidak menukar premis latihan liberalisasi selepas memulakan Latihan Provisional yang dinyatakan tanpa kelulusan Lembaga Farmasi Malaysia, | |
| 11. | T/tangan PRP:  Tarikh : | |
| **B. MAKLUMAT PRESEPTOR** | | |
| 1. | Nama Preseptor | : Click or tap here to enter text. |
| 2. | No. Kad Pengenalan | : Click or tap here to enter text. |
| 3. | No Telefon Pejabat | : Click or tap here to enter text. |
| 4. | No Telefon Bimbit | : Click or tap here to enter text. |
| 5. | E-mel | : Click or tap here to enter text. |
| 6. | Nama Premis | : Click or tap here to enter text. |
| 7. | Alamat Premis | : Click or tap here to enter text. |
| 8. | Gaji Yang Ditawarkan | : Click or tap here to enter text. |
| 9. | **Perakuan Preseptor (Sila baca dengan teliti dan tanda pada kotak disediakan sebelum tandatangan):**  Saya faham bahawa saya telah dilantik sebagai preseptor bagi Latihan Provisional PRP. Sehubungan ini saya bertanggung jawab untuk:   1. Memastikan PRP menerima latihan yang diperlukan bagi pembangunan kompetensi PRP, 2. Memastikan penerapan sikap profesionalism dan nilai murni kepada PRP, 3. Menjadi sumber rujukan kepada PRP, 4. Menilai prestasi PRP semasa tempoh Latihan Provisional. 5. Memastikan PRP tidak dibiarkan tanpa seliaan preseptor / ahli farmasi berdaftar yang lain 6. Tidak menempatkan PRP di premis selain dari premis yang diberi kelulusan oleh LFM 7. Memastikan PRP mendapat penyeliaan daripada preseptor lain sekiranya saya meletak jawatan/ bertukar kerja. | |
| 10. | T/tangan Preseptor:  Cop Rasmi:  Tarikh : Click or tap here to enter text. | |
| **C. MAKLUMAT FASILITI LATIHAN LIBERALISASI & MAJIKAN / KETUA JABATAN** | | |
| 1. | Nama Pemilik Premis/Ketua Jabatan | : Click or tap here to enter text. |
| 2. | No. Kad Pengenalan | : Click or tap here to enter text. |
| 3. | No Telefon Pejabat | : Click or tap here to enter text. |
| 4. | No Telefon Bimbit | : Click or tap here to enter text. |
| 5. | E-mel | : Click or tap here to enter text. |
| 6. | **Perakuan Majikan / Ketua Jabatan (Sila baca dengan teliti dan tanda pada kotak yang disediakan sebelum tandatangan):**  Saya faham bahawa fasiliti ini telah diiktiraf sebagai Fasiliti Latihan PRP oleh Lembaga Farmasi Malaysia. Sehubungan ini saya bertanggung jawab untuk:   1. Memastikan terdapat preseptor di premis ini bagi tujuan Latihan Provisional, 2. Memastikan kebajikan PRP akan sentiasa dipelihara, 3. Tidak menempatkan PRP di premis selain dari premis yang diberi kelulusan oleh Lembaga Farmasi Malaysia 4. Memastikan agar tiada sebarang pelanggaran kepada mana-mana Akta dan Peraturan yang berkuatkuasa berlaku di premis ini. | |
| 7. | T/tangan Pemilik/Majikan/Ketua Jabatan:  Cop Rasmi:  Tarikh : Click or tap here to enter text. | |

---------------------------------------------------------------------------------- Untuk Kegunaan BLFM ------------------------------------------------------------------------------------

**NOTIS PEMBERITAHUAN BLFM UNTUK MEMULAKAN LATIHAN PROVISIONAL PRP SECARA LIBERALISASI**

|  |  |
| --- | --- |
| **KEPUTUSAN LEMBAGA FARMASI MALAYSIA** | |
| Latihan PRP Dibenarkan:  Tarikh Mula Latihan :  Tarikh Tamat Latihan : | Latihan PRP tidak dibenarkan:  Alasan : |
| **DISOKONG OLEH** | **DILULUSKAN OLEH** |
| --------------------------------------------------------  (Tandatangan)  Cop Rasmi :  Tarikh : | --------------------------------------------------------  (Tandatangan)  Cop Rasmi :  Tarikh : |