

**SENARAI SEMAK PERMOHONAN *VERIFICATION OF TRAINING (VOT)*  
INSTITUT LATIHAN KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**

BIL.	PERKARA	ADA	TIADA	CATATAN
1.	Borang Permohonan (BPL-KKM/UPP-04 Pin.1/2024)	✓		
2.	Dokumen Sokongan			
2.1	Salinan Kad Pengenalan yang telah disahkan	✓		
2.2	Salinan Sijil / Diploma yang telah disahkan	✓		
2.3	Salinan Transkrip Akademik yang telah disahkan	✓		
2.4	Salinan Pendaftaran Lembaga yang telah disahkan	✓		
2.5	Salinan Passport terkini yang telah disahkan	✓		
2.6	Surat Tawaran (sekiranya berkenaan)	✓		
3.	Kiriman Wang / Draf Bank (RM75.00) atas nama <b>'KETUA SETIAUSAHA KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA' – UNTUK BPL</b>  <b>'PENGARAH INSTITUT LATIHAN KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA – UNTUK ILKKM</b>	✓		
4.	Sampul Pos Laju beralamat sendiri (Malaysia sahaja)			
5.	Surat Pelantikan Wakil (BPL-KKM/UPP-06) bagi permohonan dan pengambilan VOT			

\*Sila tandakan (✓) pada kotak berkaitan



**KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**  
**MINISTRY OF HEALTH OF MALAYSIA**  
 Bahagian Pengurusan Latihan  
*Training Division*  
 Aras 3 & 6, Menara Prisma  
 No. 26 Persiaran Perdana, Presint 3  
 Pusat Pentadbiran Kerajaan Persekutuan  
**62675 PUTRAJAYA**

BPL-KKM/UPP-04 Pin.1/2024  
 Tarikh Kkuatkuasa : 01.01.2024

**BORANG PERMOHONAN VERIFICATION OF TRAINING (VOT)**  
**APPLICATION FOR VERIFICATION OF TRAINING (VOT)**

Nama / Name			
No. Kad Pengenalan / Passport No.		No. Matrik / Matrik No.	
E-mel / E-mail		No. Telefon (B) / Telephone No.	
Alamat/Address			
Institut / Institute			
Program / Programme			
Tarikh Masuk Latihan / Training Entry Date			
Tarikh Tamat Latihan / Training Completed Date			
Sebab memohon / Reasons for applying	<input type="checkbox"/> Kali Pertama / First time <input type="checkbox"/> Hilang / Lost <input type="checkbox"/> Rosak / Damaged		
Permohonan Kali Keberapa / Application for the _____ time	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		
Cara pengambilan / Collection method	<input type="checkbox"/> Ambil sendiri/Walk in <input type="checkbox"/> <b>Wakil (sila kemukakan surat pelantikan wakil dan salinan Kad Pengenalan Pemohon dan Wakil)/ Representative (Please enclose an authority letter to the representative along with the copy of passport / IC of the applicant and representative)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nama wakil / : _____ <b>Name of representative</b></li> <li>No. Kad Pengenalan : _____ <b>Passport No. IC</b></li> <li><b>Surat Pelantikan Wakil (BPL-KKM/UPP-02) :</b>  <input type="checkbox"/> Ada / Yes      <input type="checkbox"/> Tiada / No  <input checked="" type="checkbox"/> <del>Pos ke alamat seperti di Sampul Pos Laju</del>  <input type="checkbox"/> No. Rujukan Pos Laju:- _____            Sila e-mel VOT terus kepada Singapore Nursing Board (SNB) di            SNB_verifications@spb.gov.sg melalui e-mel rasmi pihak berkuasa yang berkaitan         </li> </ul>		
E-Mel: Penghantar perlu menyertakan nama penuh dan jawatan, serta dokumen mesti dihantar melalui akaun e-mel rasmi institusi. (Akaun e-mel tidak rasmi seperti Gmail, Yahoo Mail, dan lain-lain tidak akan diterima.)	**E-Mel		
Tujuan: Untuk memohon Lesen Lembaga Kejururawatan Singapura			
Terima kasih!			

Saya mengaku bahawa segala maklumat yang diberikan di atas adalah **BENAR**. Saya akan bertanggungjawab sekiranya maklumat yang diberikan adalah **PALSU**.  
 I hereby certify that all information given above is **TRUE**. I will be fully responsible if the given information above is **FALSE**.

Tandatangan / Signature: \_\_\_\_\_ Tarikh / Date: \_\_\_\_\_

**UNTUK KEGUNAAN PEJABAT / FOR OFFICE USE**

**Penerima / Receiver :** \_\_\_\_\_ **No. Resit / Receipt No. :** \_\_\_\_\_ **Tarikh / Dated :** \_\_\_\_\_

**UNTUK SALINAN PEMOHON / A COPY FOR APPLICANT**

**Penerima / Receiver :** \_\_\_\_\_ **No. Resit / Receipt No. :** \_\_\_\_\_ **Tarikh / Dated :** \_\_\_\_\_

(\* Sila hubungi upp.bpl@moh.gov.my untuk maklumat lanjut berhubung permohonan tuan / puan)  
 (\* Please contact upp.bpl@moh.gov.my for more information on your application)

Cop Rasmi

Cop Rasmi