



**PERMOHONAN PEMBAHARUAN PERKHIDMATAN KONTRAK
(STAF PENTADBIRAN)
APPLICATION FOR CONTRACT RENEWAL
(ADMINISTRATION STAFF)**

ARAHAN / INSTRUCTIONS:

Permohonan hendaklah dikemukakan selewat-lewatnya **lapan (8) bulan sebelum** tamat tempoh kontrak semasa.

The application must be submitted at least eight (8) months before the expiration of the current contract.

SENARAI SEMAK / CHECKLIST:

Sila pastikan **borang diisi lengkap** dengan **mengemukakan dokumen sokongan** sebelum borang permohonan dihantar ke Pejabat Pendaftar.

Please ensure that the form is completed by submitting supporting documents before the application form is sent to the Registrar's Office.

Bil. / No.	Perkara / Subject	Senarai Semak / Checklist (Please tick (/))
a.	Gambar ukuran pasport. <i>Passport Size Photo.</i>	<input type="checkbox"/>
b.	Perkara 1 : Maklumat Peribadi & Maklumat Perkhidmatan Pemohon <i>1: Applicant Personal Information & Service Information</i> * Diisi oleh Pemohon <i>* Filled by the Applicant</i>	<input type="checkbox"/>
c.	Perkara 2: Ulasan Ketua Pusat Tanggungjawab (KPTj) <i>2: Comments from Head of Responsibility</i> * Diisi oleh Ketua Pusat Tanggungjawab (KPTj) <i>* Filled by the Head of Responsibility Center</i>	<input type="checkbox"/>
d.	Job Description (JD) dan Sasaran Kerja Tahunan (SKT) bagi tempoh kontrak yang dinilai sebagai Lampiran A & B. <i>Job Description (JD) and Performance Appraisal for the contract period assessed as Appendix A & B</i>	<input type="checkbox"/>
e.	Salinan rekod e-Masa bagi tempoh kontrak yang dinilai sebagai Lampiran C. <i>Copy of e-Masa record for contract period assessed as Appendix C.</i>	<input type="checkbox"/>
f.	Laporan Pemeriksaan Kesihatan (hanya di Pusat Kesihatan UniSZA / Hospital Kerajaan / Klinik Kesihatan Kerajaan Sahaja dengan tanggungan sendiri) <i>Health Examination Report (only at UniSZA Medical Centre / Government Hospital and Clinic, on your own expenses)</i>	<input type="checkbox"/>
<p>** Kegagalan menyediakan salah satu dokumen yang dinyatakan di atas, akan menjejaskan kelancaran proses pembaharuan perkhidmatan kontrak. <i>** Renewal process might be rejected if failure to provide one of the above mentioned documents.</i></p>		

JUSTIFIKASI PERMOHONAN / JUSTIFICATION FOR APPLICATION

Tandatangan Pemohon :
Applicant Signature:

Tarikh :
Date:

PERKARA 2**ULASAN KETUA PUSAT TANGGUNGJAWAB (KPTj) / REVIEW FROM HEAD OF RESPONSIBILITY CENTER**

*Sila tanda (/) pada kotak yang berkaitan dan nyatakan ulasan.
*Please tick (/) at the relevant box and comments.

Disokong
Recommended

Tidak disokong
Not Recommended

Ulasan :
Comments:

Tandatangan dan Cop Rasmi KPTj :
Head of Responsibility Center Signature and Official Stamp:

Tarikh :
Date:

**ULASAN PENDAFTAR / BAHAGIAN SUMBER MANUSIA
REVIEW FROM REGISTRAR / HUMAN RESOURCE DEPARTMENT**

*Sila tanda (/) pada kotak yang berkaitan dan nyatakan ulasan.
*Please tick (/) at the relevant box and comments.

Bersetuju memperaku permohonan pembaharuan kontrak ini sebagaimana yang dimaklum oleh yang berkenaan.
Agree to support the application for renewal of this contract as informed by the relevant parties.

Tidak memperaku permohonan pembaharuan kontrak ini sebagaimana yang dimaklum oleh yang berkenaan
Disagree to support the application for renewal of this contract as informed by the relevant parties.

Ulasan :
Comments:

Tandatangan dan Cop Rasmi :
Signature and Official Stamp:

Tarikh :
Date:

Seksyen Pelantikan

Bahagian Sumber Manusia

Diluluskan oleh Pendaftar

**BORANG PERMOHONAN
PEMBAHARUAN PERKHIDMATAN
KONTRAK STAF PENTADBIRAN**

Dokumen ini adalah DIKAWAL

Dikemaskini sehingga 6 Februari 2025.

Mukasurat 2/2



**BORANG PERMOHONAN PEMERIKSAAN PERUBATAN
UNTUK PELANTIKAN KE DALAM PERKHIDMATAN AWAM**

MAKLUMAN

1. Pemohon hendaklah mengisi maklumat di **Bahagian A, B dan C** dan menyerahkan borang ini berserta surat tawaran pelantikan kepada pengamal perubatan berdaftar sebelum pemeriksaan perubatan dibuat.
2. Untuk tujuan pemeriksaan, pemohon hendaklah membawa kaca mata (jika pernah memakainya) dan Laporan Lembaga Perubatan (jika ada).

A. MAKLUMAT DIRI

Nama Penuh	
Jawatan yang Ditawarkan	
Alamat	
No KP / Tentera / Polis / Pasport	
Umur	
Jantina	
Kewarganegaraan	
Agama	
Bangsa	
Status Perkahwinan	
Kumpulan Darah (jika diketahui)	
No. Telefon	

Maklumat Waris :

Nama Penuh	
Hubungan	
Alamat	
No. Telefon	

B. MAKLUMAT KESIHATAN PEMOHON

Sila tandakan (/) di ruangan berkaitan.

1. Adakah anda menghidap / pernah mengalami masalah kesihatan berikut :

BIL	JENIS PENYAKIT / MASALAH KESIHATAN	YA	TIDAK	TIDAK PASTI	CATATAN
1	Kecederaan Serius (<i>Serious Injury</i>)				
2	Alahan (Ubat / Makanan / Kontak) (<i>Allergic reaction to medicine / food / contact</i>)				
3	Lelah / Asma (<i>Asthma</i>)				
4	Darah Tinggi (<i>Hypertension</i>)				
5	Kencing Manis (<i>Diabetes</i>)				
6	Sakit Jantung / Dada (<i>Chest Pain</i>)				
7	Gangguan Mental / Sakit Jiwa (<i>Mental Illness</i>)				
8	Kemurungan (<i>Depression</i>)				
9	Sakit Kepala (<i>Headache</i>)				
10	Sawan (<i>Epilepsy</i>)				
11	HIV (<i>Human Immunodeficiency Virus</i>)				
12	Penyakit Kelamin (<i>Sexual Transmitted Infections</i>)				
13	Sakit Kuning (<i>Hepatitis</i>)				
14	Kanser (<i>Cancer</i>)				
15	Gastrik (<i>Gastritis</i>)				
16	Ketagihan Dadah (<i>Drug Addiction</i>)				
17	Ketagihan Alcohol (<i>Alcohol Addiction</i>)				
18	Merokok (<i>Smoking</i>)				
19	Kecacatan Anggota (<i>Physical Handicap</i>)				
20	Angin Pasang (<i>Hernia</i>)				
21	Buah Pinggang (<i>Kidney Disease</i>)				
22	Ketulan di Payudara (<i>Breast Lump</i>)				

23	Tibi / Batuk berpanjangan melebihi 2 minggu (<i>Cough > 2 weeks</i>)				
24	Masalah Penglihatan / Pendengaran (<i>Vision / Hearing Problem</i>)				
25	Histeria (<i>Hysteria</i>)				
26	Pitam (<i>Blackout</i>)				
27	Senggugut (<i>Dysmenorrhoea</i>)				
28	Kahak Berdarah (<i>Blood Stained Sputum</i>)				
29	Pernakah anda menerima rawatan tradisional untuk gangguan mental ? (<i>Have you received any traditional treatment for mental illness</i>)				
30	Kecederaan Kepala yang serius (<i>Serious Head Injury</i>)				
31	Pernakah anda cuba untuk membunuh diri ? (<i>Attempted Suicide</i>)				
32	Sejarah Pembedahan (<i>History Of Operations</i>)				
33	Lain-lain (sila nyatakan) (<i>Others, please specify</i>)				

2. Adakah anda pada masa ini sedang dirawat oleh pengamal perubatan berdaftar untuk apa-apa jenis penyakit atau kecederaan?

Ya		Tidak	
----	--	-------	--

Catatan (*Remarks*) : _____

3. Adakah keluarga anda yang terdekat pernah menghidap apa-apa penyakit keturunan?

Ya		Tidak	
----	--	-------	--

Catatan (*Remarks*) : _____

4. Adakah anda sedang mengandung? (Bagi pemohon perempuan)

Ya		Tidak	
----	--	-------	--

Catatan (*Remarks*) : _____

C. PENGAKUAN DAN KEBENARAN

a) Pengakuan dan Kebenaran Pemohon

Saya mengakui bahawa maklumat perubatan yang diberikan di **Bahagian B** adalah **BENAR** dan sekiranya maklumat itu palsu atau saya dapati menyembunyikan maklumat kesihatan saya, tindakan boleh dikenakan ke atas saya.

Saya dengan ini bersetuju memberi kebenaran kepada pihak tuan bagi mengemukakan maklumat mengenai pemeriksaan perubatan ini kepada pihak berkuasa / jabatan yang berkenaan.

Tandatangan Pemohon : _____

Nama Pemohon : _____

No. KP : _____

Tarikh : _____

b) Pengakuan Saksi*

Saya dengan ini mengesahkan maklumat kesihatan di **Bahagian B** dibuat oleh pemohon dan tandatangan di **Bahagian C** adalah tandatangan pemohon.

Tandatangan Saksi* : _____

Nama Saksi* : _____

No. KP : _____

Tarikh : _____

Cop Rasmi Jawatan : _____

* Pegawai dalam Kumpulan Pengurusan dan Profesional dan ke atas dalam Perkhidmatan Awam sahaja.

D. PEMERIKSAAN FIZIKAL

Sila tandakan (/) di ruangan berkaitan. (Diisi oleh pengamal perubatan berdaftar)

Tinggi (<i>Height</i>) (m)			
Berat (<i>Weight</i>) (kg)			
Indeks Jisim Tubuh (<i>BMI</i>) (kg / m)			
Tekanan Darah (<i>Blood Pressure</i>) (mmHg)		Sistolik	Diastolik
Pemeriksaan Nadi (<i>Pulse Rate</i>) (minit)			
Keadaan Keseluruhan (<i>General Condition</i>)			

1. PEMERIKSAAN MATA (*EYE*)

Penglihatan (<i>Vision</i>)	Mata Kanan (<i>Right Eye</i>)		Mata Kiri (<i>Left Eye</i>)	
	Dengan Kaca Mata (<i>With Glasses</i>)	6 /	Dengan Kaca Mata (<i>With Glasses</i>)	6 /
	Tanpa Kaca Mata (<i>Without Glasses</i>)	6 /	Tanpa Kaca Mata (<i>Without Glasses</i>)	6 /
Penglihatan Warna (<i>Colour Vision</i>)	Biasa (<i>Normal</i>)		Luar Biasa (<i>Abnormal</i>)	
Juling (<i>Squint</i>)	Ada (<i>Present</i>)		Tiada (<i>Absent</i>)	

2. PEMERIKSAAN TELINGA / PENDENGARAN (*EAR / HEARING*)

Pemeriksaan Fizikal (<i>Physical Examination</i>)	Kiri		Biasa (<i>Normal</i>)		Luar Biasa (<i>Abnormal</i>)
	Kanan		Biasa (<i>Normal</i>)		Luar Biasa (<i>Abnormal</i>)
Pemeriksaan Pendengaran (<i>Hearing</i>)	Kiri		Biasa (<i>Normal</i>)		Luar Biasa (<i>Abnormal</i>)
	Kanan		Biasa (<i>Normal</i>)		Luar Biasa (<i>Abnormal</i>)

3. PEMERIKSAAN MULUT, KERONGKONG DAN GIGI (*ORAL, THROAT AND TEETH*)

Mulut (<i>Oral</i>)		Biasa (<i>Normal</i>)		Luar Biasa (<i>Abnormal</i>)
Kerongkong (<i>Throat</i>)		Biasa (<i>Normal</i>)		Luar Biasa (<i>Abnormal</i>)
Gigi / Gigi Palsu (<i>Teeth / Denture</i>)		Biasa (<i>Normal</i>)		Luar Biasa (<i>Abnormal</i>)

Catatan (*Remarks*) : _____4. PEMERIKSAAN RESPIRATORI (*RESPIRATORY EXAMINATION*)

	Biasa (<i>Normal</i>)		Luar Biasa (<i>Abnormal</i>)
--	-------------------------	--	--------------------------------

Catatan (*Remarks*) : _____5. PEMERIKSAAN KARDIOVASKULAR (*CARDIOVASKULAR EXAMINATION*)

	Biasa (<i>Normal</i>)		Luar Biasa (<i>Abnormal</i>)
--	-------------------------	--	--------------------------------

Catatan (*Remarks*) : _____

6. PEMERIKSAAN ABDOMEN / UROGENITAL (*ABDOMEN / URO GENTAL EXAMINATION*)

	Biasa (<i>Normal</i>)		Luar Biasa (<i>Abnormal</i>)
--	-------------------------	--	--------------------------------

Catatan (*Remarks*) : _____7. URO GENITAL (*UNTUK LELAKI SAHAJA DAN PEREMPUAN JIKA PERLU*)

	Biasa (<i>Normal</i>)		Luar Biasa (<i>Abnormal</i>)
--	-------------------------	--	--------------------------------

Catatan (*Remarks*) : _____8. PEMERIKSAAN NEUROLOGI (*NEUROLOGICAL EXAMINATION*)

	Biasa (<i>Normal</i>)		Luar Biasa (<i>Abnormal</i>)
--	-------------------------	--	--------------------------------

Catatan (*Remarks*) : _____9. PENILAIAN STATUS MENTAL (*MENTAL HEALTH ASSESSMENT*)

Penampilan diri (<i>General Appearance</i>)		Pemakaian (<i>Dressing</i>)		Kerapian (<i>Tidiness</i>)		Kesesuaian (<i>Appropriateness</i>)
Pertuturan / Percakapan (<i>Speech</i>)		Jelas (<i>Coherent</i>)		Berkaitan (<i>Relevant</i>)		Waras (<i>Rational</i>)
Keadaan Emosi (<i>Emotional / Mood</i>)		Tertekan (<i>Depressed</i>)		Sungguh Girang (<i>Elated</i>)		Biasa (<i>Normal</i>)
Halusinasi (<i>Hallucination</i>)(e.g. <i>auditory hallucination</i>)		Ada (<i>Present</i>)		Tiada (<i>Absent</i>)		
Orientasi (<i>Orientation</i>)		Masa (<i>Time</i>)		Tempat (<i>Place</i>)		Individu (<i>Person</i>)

Catatan (*Remarks*) : _____10. PEMERIKSAAN SISTEM LOKOMOTOR (*MUSCULOSKELETAL SYSTEM EXAMINATION*)

Anggota Atas (<i>Upper Limb</i>)		Biasa (<i>Normal</i>)		Luar Biasa (<i>Abnormal</i>)
Anggota Bawah (<i>Lower Limb</i>)		Biasa (<i>Normal</i>)		Luar Biasa (<i>Abnormal</i>)
Gaya Berjalan (<i>Gait</i>)		Biasa (<i>Normal</i>)		Luar Biasa (<i>Abnormal</i>)

Catatan (*Remarks*) : _____

E. UJIAN MAKMAL

(Diisi oleh pengamal perubatan berdaftar)

UJIAN URIN (*URINE TEST*)

UJIAN (TEST)	KEPUTUSAN (RESULT)
Gula (Sugar)	
Albumin (Albumin)	

UJIAN-UJIAN LAIN (*OTHER RELEVANT TESTS*)

(Sekiranya difikirkan perlu oleh pengamal perubatan berdaftar)

Sila lampirkan laporan ujian berkenaan bersama-sama Borang Pemeriksaan Perubatan ini.

Cop Rasmi Makmal Yang Menjalankan Ujian:

F. PENGESAHAN PENGAMAL PERUBATAN BERDAFTAR

Sila tandakan (/) di ruangan berkaitan. (Diisi oleh pengamal perubatan berdaftar)

Saya dengan ini mengaku bahawa saya telah memeriksa

No. KP _____ pada _____ dan mendapati:

	Beliau tidak menghidap masalah kesihatan dan disahkan sihat untuk berkhidmat.
	<p>Beliau menghidap masalah kesihatan tetapi boleh dipertimbangkan untuk dilantik. (Nama Penyakit : _____)</p> <p>Tahap Penyakit : Ringan (<i>Mild</i>) <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 100px;">Sederhana (<i>Moderate</i>) <input type="checkbox"/></p> <p>Catatan (<i>Remarks</i>) : _____</p>
	Beliau menghidap masalah kesihatan yang tidak terkawal (<i>severe</i>) dan tidak disokong untuk dilantik. (Nama Penyakit : _____)

Tandatangan : _____

Nama : _____

No. KP / Pasport : _____

Jawatan : _____

No. Pendaftaran : _____

Tarikh : _____

Cop Rasmi :