



**MAKLUMAT SLPM / PARTICULARS OF SLPM**

Sila isikan ruangan kosong atau tandakan  $\surd$  mana yang berkenaan  
 (Please fill in the blank and tick  $\surd$  which is related)

9. Nama SLPM :   
 (Name of SLPM)

10. No pendaftaran syarikat (sertakan salinan ROC) :   
 (Company registration, attach copy of ROC)

11. Alamat pejabat (sertakan peta lokasi)\* :  
 (Office address, attach a map)

12. Alamat tempat latihan (Jika lain dan sertakan peta lokasi)\*:  
 (Training address, attach a map)



\* Nota : Sila sertakan pelan lokasi dan gambar bilik latihan sekiranya mempunyai lebih daripada (satu) 1 cawangan

13. No telefon :    
 ( Phone no)

14. No telefon :    
 ( Phone no)

15. No faks :    
 ( Fax no)

16. No faks:    
 ( Fax no)

17. Liputan latihan (Area covered) :

PERLIS	<input type="checkbox"/>
KEDAH	<input type="checkbox"/>
P. PINANG	<input type="checkbox"/>
PERAK	<input type="checkbox"/>
SELANGOR	<input type="checkbox"/>
MELAKA	<input type="checkbox"/>

PAHANG	<input type="checkbox"/>
N. SEMBILAN	<input type="checkbox"/>
JOHOR	<input type="checkbox"/>
KELANTAN	<input type="checkbox"/>
TERENGGANU	<input type="checkbox"/>

SARAWAK	<input type="checkbox"/>
SABAH	<input type="checkbox"/>
PUTRAJAYA	<input type="checkbox"/>
LABUAN	<input type="checkbox"/>
K. LUMPUR	<input type="checkbox"/>

18. Bilangan tenaga pengajar :   
 (Number of trainer)

19. Kapasiti bilik latihan (sertakan gambar bilik latihan) :   
 (Training capacity, attach training room's photo)

20. Keluasan lantai bilik latihan :  m<sup>2</sup>  
 (Training room's floor area)

21. Kelengkapan mengajar dan bilik latihan (Tandakan  $\surd$  bagi yang berkaitan)  
 (Training equipment and training room) (Please  $\surd$  which is related)

	Ada	Tiada		Ada	Tiada	
a) Komputer riba: (Laptop)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. Meja : (Table)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nyatakan bilangan : _____ (please specify)
b) LCD Projektor: (LCD Projector)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. Kerusi : (Chair)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nyatakan bilangan : _____ (please specify)
c. Papan putih : (White board)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. Hawa Dingin / Kipas : (Aircond /Fan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Sistem P.A : (P.A. System)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j. Nota kursus : (Handout)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Kemudahan tandas (Toilet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	k. Alat tulis : (Stationery)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Ruang pendaftaran: (Registration space)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l. Poster: (Poster)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
m. Alat demonstrasi: (Demonstration eq.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

nyatakan jika ada : \_\_\_\_\_  
 (please specify if any)

n. Kelengkapan lain (nyatakan jika ada)  
 (Other training equipment) (please specify if any)

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_

**PENGAKUAN PEMOHON/ APPLICANT'S DECLARATION**

Bersama- sama ini disertakan dokumen yang diperlukan bagi permohonan pengiktirafan Sekolah Latihan Pengendali Makanan seperti berikut :

*( I hereby enclose the documents as required for the application of Sekolah Latihan Pengendali Makanan )*

Sila tandakan  jika disertakan (Please tick  if attached)

- i) Borang permohonan pengiktirafan SLPM (KKM/163/SLPM/BPP10(ii))
- ii) Salinan sijil pendaftaran syarikat atau pendaftaran perniagaan (ROC)
- iii) Salinan perjanjian sewa beli (bagi tempat latihan yang disewa) *(tenancy agreement)*
- iv) Salinan kad pengenalan pemohon
- v) Borang Persetujuan Tenaga Pengajar (KKM163/SLPM/BPTP11)
- vi) Salinan sijil pengiktirafan tenaga pengajar
- vii) Salinan kad pengenalan tenaga pengajar
- viii) Pelan lokasi pejabat
- ix) Pelan lokasi tempat latihan (Sekiranya berlainan dari pejabat)
- x) Gambar bilik latihan  
(mampu memuatkan sehingga 30 orang/sesi dan mempunyai kemudahan pembelajaran yang selesa)

**KEGUNAAN PEJABAT  
(OFFICIAL USE)**

Lengkap      Tidak lengkap

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Catatan :

Saya, (I) \_\_\_\_\_ No. K/P (I/C Num.) : \_\_\_\_\_

dengan ini mengaku bahawa semua maklumat yang diberikan di atas adalah benar dan sekiranya maklumat didapati palsu, permohonan saya akan terbatal / pengiktirafan ditarik balik SERTA-MERTA.

*(Hereby declare that all the above information is true or else, my application will be rejected / the approval withdrawn IMMEDIATELY).*

\_\_\_\_\_  
Tandatangan (Signature)

Tarikh : \_\_\_\_\_  
(Date)

Cop SLPM (SLPM seal) :

Nota : Sila hantar permohonan yang lengkap ke **Jabatan Kesihatan Negeri** berhampiran.  
*(Please submit the complete application to the nearest State Health Department)*