



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

**PERMOHONAN MENDUDUKI PEPERIKSAAN PEWASAPAN  
DI BAWAH PERATURAN HIDROGEN SIANID, 1953**

(lekatkan gambar  
berukuran pasport)

1. Nama (seperti dalam KP)

2. No. Kad Pengenalan (lama) 



  
(baru)

3. Umur 



 tahun 



 / 



 /

4. Kelulusan akademik/sekolah

5. 

	Bahasa Melayu	Bahasa Inggeris
Bertutur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menulis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Alamat didaftarkan

Poskod 



 Bandar

Negeri

7. Alamat Surat Menyurat

Poskod 



 Bandar

Negeri

8. Butir mengenai perniagaan/syarikat

Jenis perniagaan  Pemilik tunggal  Berkongsi  Bekerja dengan syarikat

Nama Syarikat

Alamat

Poskod 



 Bandar

Negeri

Telefon 



 - 



  
Fax 



 -

Jawatan disandang \_\_\_\_\_

Tarikh Mula Menjawab 



 / 



 /

9. Latihan yang telah diterima
- a. \_\_\_\_\_
- b. \_\_\_\_\_
- c. \_\_\_\_\_
- d. \_\_\_\_\_
- e. \_\_\_\_\_

10. Kemahiran penggunaan fumigan  
**(Pemohon perlu mempunyai pengalaman selama tidak kurang dari 6 bulan)**

Jenis Fumigan	Ya	Tidak	Sekiranya Ya, tempoh penggunaan
a. Hidrogen sianid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> bulan
b. Metil beromid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> bulan
c. Phosphine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> bulan

11. Kemahiran pertolongan cemas

- a. Sijil  Ada  Tiada
- b. Agensi mengeluarkan sijil (sekiranya ada sijil) \_\_\_\_\_
- c. Nama dan alamat doktor rujukan \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nota:

- Sila lampirkan **Surat Akuan Daripada Operator Berlesen** yang menyelia kerja-kerja pewasapan yang anda jalankan **selama tempoh pendedahan penggunaan fumigant**.
- Semua maklumat hendaklah diisi sepenuhnya. Maklumat tidak lengkap akan ditolak
- Sila lampirkan **Salinan Sijil/Perakuan Latihan** yang berkaitan.

Saya akui bahawa maklumat yang diberi di atas adalah benar

Disahkan oleh:

-----  
 (Tandatangan pemohon)

Nama

Tarikh:

-----  
 (Tandatangan Operator Berlesen)

Nama

Jawatan

Tarikh

Cop rasmi:

**KEGUNAAN PEJABAT**

Tarikh permohonan diterima   /   /

Permohonan disemak oleh : \_\_\_\_\_

Permohonan  Didaftar  Ditolak

Sebab ditolak: \_\_\_\_\_