BORANG PENDAFTARAN PEMERIKSAAN PERUBATAN PEKERJA ASING
FOREIGN WORKER'S MEDICAL EXAMINATION REGISTRATION FORM

BAYARAN PENDAFTARAN / *PAYMENT FOR REGISTRATION*

- RM 190 (perempuan) atau RM 180 (lelaki) dalam bentuk Draf Bank, Kiriman Wang atau Wang Pos, atas nama FOMEMA SDN. BHD.
  RM 190 (female) or RM 180 (male) in the form of Bank Draft, Money or Postal Order, payable to FOMEMA SDN. BHD.
- Bayaran pendaftaran ***TIDAK AKAN DIKEMBALIKAN***. *Payment for registration is* ***NON REFUNDABLE.***
- Pemeriksaan kesihatan mesti dijalankan dalam tempoh 90 hari dari tarikh pendaftaran. *The Medical Examination must be done within 90 days from the date of registration*.

JENIS PENDAFTARAN / *TYPE OF REGISTRATION* (TANDAKAN "√" / *TICK "√"*)

Sila bawa dokumen-dokumen berikut / *Please bring the following documents*:

☐ **Pendaftaran kali pertama (Ketibaan baru) / *First time registration (New arrival)***

1. Dokumen asal / *Original document*

i. Paspot asal / *Original passport*

2. Dokumen salinan / *Photocopy documents*

i. Paspot / *Passport*

a) Mukasurat butiran diri pekerja / *Foreign Worker's details page*

b) Mukasurat Pengesahan Tarikh Ketibaan / *Foreign Worker's Date of Arrival page*

Tarikh tiba di Malaysia / *Date of arrival in Malaysia*

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐
D D M M Y Y Y Y

ii. Salinan Surat Kelulusan Visa / *Photocopy of Calling Visa*

iii. Laporan Perubatan dari negara asal (sekiranya ada) / *Medical Report from country of origin (if available)*

☐ **Pembaharuan / *Renewal***

1. Dokumen asal / *Original document*

i. Paspot asal / *Original passport*

2. Dokumen salinan / *Photocopy document*

i. Sila lampirkan salinan Paspot asal Pekerja Asing - mukasurat Butiran Diri & Permit Kerja.
Please attach a copy of original passport – Foreign Worker's Details & Work Permit Page.

3. Kod Pekerja Asing / *Foreign Worker's Code* **W** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

A. BUTIRAN PEKERJA / *WORKER'S DETAILS*

1. **Nama Pekerja Mengikut Paspot / *Worker's Name According to the Passport***

2. Nombor Paspot (lama) / *Passport Number (old)*

3. Nombor Paspot baru (Jika ada) / *New Passport Number (If any)*
Sila sertakan salinan nombor paspot baru / *Please attach copy of new passport number*

4. Sektor / *Sector*

☐ Pembantu Rumah / *Domestic* ☐ Perkhidmatan / *Service* ☐ Perkilangan / *Manufacturing*

☐ Perladangan / *Plantation* ☐ Pertanian / *Agriculture* ☐ Pembinaan / *Construction*

B. BUTIRAN MAJIKAN / *EMPLOYER'S DETAILS*

1. Nama Syarikat / Nama Majikan
Company's Name / Employer's Name

2. No. Pendaftaran Syarikat / No. Kad Pengenalan Majikan
Company Registration No. / Employer's IC No.

3. No. Telefon / *Tel No.* **4. No. Faks / *Fax No.***

C. DOKTOR YANG DIPILIH OLEH MAJIKAN / *SELECTION OF DOCTOR BY THE EMPLOYER*

1. Nama Doktor / *Doctor's Name*

2. Nama Klinik / *Clinic's Name*

3. Bandar / *Town*

4. Kod Doktor / *Doctor's Code* (jika ada/ *if any*) **D**

PENGESAHAN PENDAFTARAN / *ACKNOWLEDGEMENT OF REGISTRATION* (TANDAKAN "√" / *TICK "√"*)

Saya/Kami ☐ **Majikan / *Employer*** ☐ **Pekerja atau wakil syarikat / *Company Employee or Authorised Representative*** ☐ **Agensi Pekerjaan / *Employment Agency*** ☐ **Pendaftar Bebas / *Freelance Agent***

Saya/Kami dengan ini mengesahkan bahawa semua maklumat dan dokumen yang diberikan bagi permohonan ini adalah sah, benar dan lengkap. Permohonan klinik/doktor di atas adalah pilihan saya/kami. Saya/Kami faham dan bersetuju dengan terma-terma dan syarat-syarat yang dinyatakan di atas. *I/We hereby confirm that all the information and documents given are valid, true and complete. The requested clinic/doctor has been selected by me/us. I/We understand and agree with the terms and conditions as stated above.*

1. Nama / *Name*: _____ **2. Tandatangan / *Signature* :** _____

3. Jawatan / *Designation* : _____ **4. No. Telefon / *Tel No.* :** _____

5. No. Kad pengenalan atau No. Paspot / *IC. No or Passport No.*: _____

6. Tarikh / *Date*: _____ **7. Cop syarikat / *Company stamp*:**

UNITAB MEDIC SDN. BHD. (312291-X)
(Formerly known as Pantai FOMEMA & Systems Sdn. Bhd.)
Lot G1-G10, Level 3, Block G (Central), Pusat Bandar Damansara, Damansara Heights, 50490 Kuala Lumpur.
Tel: 03-2094-6188 Fax: 03-2092-5610 ***www.fomema.com.my***