

BORANG PENYERTAAN
KURSUS LATIHAN JURULATIH PERTOLONGAN CEMAS UNTUK WILAYAH UTARA SJAM

Kepada:
Setiausaha,
Jawatankuasa Penganjur Kursus Latihan Jurulatih Pertolongan Cemas
d/a Wisma St. John Ambulans,
24-A, Jalan Grove, 11400 Pulau Pinang.
No. Tel: 04-8285972, No. Fax: 04-8293334

Saya ingin menyertai kursus yang tersebut di atas yang akan diadakan di Wisma St. John Ambulans, 24-A, Jalan Grove, 11400 Pulau Pinang pada 10^{hb} hingga 12hb April 2009

Nama Penuh (HURUF BESAR):

No. KP Baru: Pekerjaan: Jantina:

*Tarikh lulus Ujian Pertolongan Cemas Lanjutan (Advance First Aid Course):

Sila lampirkan salinan sijil atau dokumen lain sebagai bukti.

*Tarikh lulus sebagai Lay-Lecturer/Trainer:

Sila lampirkan salinan sijil atau dokumen lain sebagai bukti.

Jawatan sekarang dalam SJAM: Tarikh Perlantikan:

Divisi: Kawasan: Gred/Pangkat:

Alamat Rumah:

Poskod: No. Tel.: No. Fax:

E-mail: Makanan: Vegetarian / Non- Vegetarian

Nama Pejabat:

Alamat Pejabat:

Poskod: No. Telefon: No. Fax:

Sekiranya berlaku sebarang kecemasan sila hubungi:

Nama: No. Tel.: Hubungan persaudaraan:

Bersama-sama ini disertakan yuran penyertaan kursus sebanyak RM dengan cek berpaling/wang pos/kiriman wang bernombor atas nama ST. JOHN AMBULANS MALAYSIA NEGERI PULAU PINANG.

Saya mengesahkan bahawa segala butir yang diberikan di atas adalah benar. Seandainya terdapat maklumat yang tidak benar pihak penganjur kursus boleh membatalkan permohonan saya pada bila-bila masa.

Tarikh:
(Tandatangan Pemohon)

Tarikh:
(Tandatangan & Cop Pemerintah Negeri/Kawasan)

Peringatan : Sila kemukakan salinan sijil/dokumen untuk membuktikan maklumat-maklumat yang bertanda *

(UNTUK KEGUNAAN URUSETIA)

Tarikh borang diterima:

Tarikh bayaran diterima:

No. resit: (Tandatangan Penerima Bayaran)

Perhatian: Sila kembalikan atau faks borang ini kepada penganjur kursus sebelum 28hb Feb 2009