



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA
(MINISTRY OF HEALTH MALAYSIA)

BORANG PENDAFTARAN PREMIS IRADIASI MAKANAN
(FOOD IRRADIATION PREMISE REGISTRATION FORM)

Sila isi atau tanda (/) di petak berkenaan bagi setiap butiran yang berkaitan
(Please fill or tick (/) where applicable)

Jenis Permohonan:
(Type of Application)

Permohonan Baru
(New Application)

Pembaharuan
(Renewal)

Kemaskini
(Update)

Untuk
Kegunaan
pejabat
(For Office Use)

A. Maklumat Pemohon (Particulars of applicant)

- | | | |
|----|--|--------------------------|
| 1. | Nama Pemohon
(Name of Applicant) | <input type="checkbox"/> |
| 2. | No. Kad Pengenalan
(I/C No.) | <input type="checkbox"/> |
| | No. Pasport*
(Passport No. *) | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Alamat Pemohon
(Address of applicant) | <input type="checkbox"/> |
| 4. | No. Telefon Bimbit (Hand Phone No.) | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Alamat e-mel
(e-mail address) | <input type="checkbox"/> |

B. Maklumat Perniagaan (Business Particulars) * Isikan yang berkenaan sahaja

- | | | |
|----|--------------------------------------|--------------------------|
| 1. | Nama Syarikat
(Name of company) | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Alamat Syarikat
(Company Address) | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Alamat Premis
(Premise Address) | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Daerah(District) | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Negeri (State) | <input type="checkbox"/> |

6	No. Pendaftaran Syarikat/Perniagaan (Jika ada) [Company/Business Registration No. (if available)]	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
7	No. Lesen PBT (jika ada) [Local Authority License No.(if available)]	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
8	No. Lesen Lain Yang Berkaitan (jika ada) [Other Related License No.(if available)]	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
9	No. Telefon Pejabat (Office Tel. No.)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
10	No. Fax (Fax No.)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
11	Status Premis (Premise Status)	Hakmilik Sendiri <input type="checkbox"/> (Personally Own)	Sewa <input type="checkbox"/> (Rent)
12	Bilangan Pekerja (No. of Workers)	Tempatan <input type="text"/> (Local)	Asing <input type="text"/> (Foreigners)
13	Punca radiasi (Radiation source)	Sinar Gamma <input type="checkbox"/> (Gamma Rays)	Cobalt-60 / Caesium-137* *Potong yang tidak berkenaan (Strikethrough which is not relevant)
		Sinar-X <input type="checkbox"/> (X-rays)	
		Elektron <input type="checkbox"/> (Electron)	

Pengakuan Pemohon (Applicant's declaration)

Saya, (I)

_____ (Nama pemohon) (Name of applicant)

Jawatan: (Designation:)

dengan ini mengaku bahawa ke semua maklumat yang diberikan di atas adalah benar.
(hereby, declare that all the above information disclosed is true)

Tarikh (Date) :

_____ (Tandatangan Pemohon) (Applicant's signature)

(Cop Syarikat) (Company seal)

Untuk Kegunaan Pejabat (For Office Use)

1. Tarikh penerimaan permohonan: _____

2. Nombor pendaftaran:

3. Tarikh pendaftaran: _____

Prosedur Permohonan (*Application Procedure*)

- i Permohonan hendaklah dibuat dengan mengemukakan Borang KKM-PPIM-1/2013 yang telah lengkap diisi beserta dokumen berkaitan (*Application should be made by submitting the completed Form KKM-PPIM-1/2013 together with related documents*)
- ii Pemohon hendaklah mengemukakan satu (1) salinan lesen perniagaan daripada Pihak Berkuasa Tempatan (jika ada) dan lesen lain yang berkaitan [*Applicant should provide one (1) copy of business license from Local Authority (If available) and other relevant licenses*]
- iii Pemohon hendaklah mengemukakan satu (1) salinan kad pengenalan atau pasport (*Applicant must provide one (1) copy of identity card or passport*)
- iv. Pemohon hendaklah menyertakan bayaran fi bernilai **RM100.00** dalam bentuk bank deraf / kiriman wang / wang pos atas nama **Ketua Setiausaha Kementerian Kesihatan Malaysia** (*Applicant should attach fee payment in the amount of RM100.00 in the form of bank draft / money order / postal order under the name of **Ketua Setiausaha Kementerian Kesihatan Malaysia***)