



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA
BORANG PERMOHONAN AKREDITASI SEKOLAH LATIHAN PENGENDALI MAKANAN

Arahan : Tandakan (/) pada yang berkenaan.

Kategori		Ibu Pejabat		Cawangan	
Jenis Permohonan		Baru		Pembaharuan	Pertukaran Lokasi Pejabat
		Pertukaran /Penambahan Bilik Latihan Tetap			

MAKLUMAT PEMOHON (KOORDINATOR)

Nama Pemohon											
No. Kad Pengenalan						-			-		
Jantina		Lelaki		Perempuan							
Warganegara		Warganegara		Bukan Warganegara							
No. Telefon Bimbit						Jawatan					
Emel											

MAKLUMAT SEKOLAH LATIHAN PENGENDALI MAKANAN

Nama Syarikat/IPT												
No. Pendaftaran Syarikat/ Koperasi/Pertubuhan												
Jenis LPM	Awam (<i>Open</i>)					Dalam (<i>In-house</i>)						
Premis	Pejabat					Bilik Latihan						
Alamat												
	Poskod :					Poskod :						
Poskod												
Daerah												
Negeri												
No.Tel												
No.Faks												
Kapasiti	N/A					_____ orang						
Keluasan Lantai	N/A					_____ meter x _____ meter						
Kelengkapan *Nota: Bagi pembaharuan / pemantauan / pertukaran pejabat / bilik latihan sahaja.	Ruang Pendaftaran					Penghawa Dingin/Kipas						
	Tandas yang bersih					Komputer						
	Ruang dokumentasi					LCD Projektor						
	Sistem fail					Layar / Skrin						
	Rekod tenaga pengajar					Alat demonstrasi :						
	Rekod pengurusan aduan					a. Apron (Berwarna cerah & tidak berpoket)						
	Laporan bulanan*					b. Papan pemotong (Kod Warna ≥ 3 unit)						
	Salinan resit bayaran*					c. Penutup mulut dan kepala						
	Salinan sijil peserta*					d. Penyepit makanan						
	Rekod ujian pra dan pos *					e. Tuala Kertas atau alat pengering tangan automatik						
	Papan tanda/signage*					f. Tong sampah bertutup dan bebas tangan						
						g. Cecair pencuci di dalam <i>dispenser</i>						
						h. Sanitizer						
					i. Sarung tangan							
					j. Poster (berkaitan keselamatan makanan dan keluaran terkini)							
					Kerusi (Bilangan : _____) Minimum : 10 unit							
					Meja (Bilangan : _____) Minimum : 10 unit							

MAKLUMAT TENAGA PENGAJAR DAN LIPUTAN LATIHAN

Bil. Tenaga Pengajar	_____orang. (Sila sertakan lampiran senarai jika ruang tidak mencukupi)
----------------------	---

Senarai Tenaga Pengajar (Perlu ditambah oleh SLPM dan 'Setuju Terima' oleh tenaga pengajar melalui sistem FoHTIS)	1.		No. Sijil		Tarikh Tamat			
	2.		No. Sijil		Tarikh Tamat			
	3.		No. Sijil		Tarikh Tamat			
Liputan Latihan	Perlis		Kedah		Pulau Pinang		Perak	
	Selangor		Melaka		Negeri Sembilan		Johor	
	Pahang		Kelantan		Terengganu		W.P. Putrajaya	
	Sabah		Sarawak		W.P. Labuan		W. P. Kuala Lumpur	

PENGAKUAN PEMOHON DAN SENARAI SEMAK

A. Bersama-sama ini disertakan dokumen sokongan yang diperlukan bagi permohonan akreditasi sebagai Sekolah Latihan Pengendali Makanan seperti berikut :

- i. Permohonan melalui Sistem FoHTIS
- ii. Salinan Sijil Pendaftaran Syarikat / Pendaftaran Perniagaan (SSM) / Suruhanjaya Koperasi Malaysia (SKM) / Pendaftaran Pertubuhan (ROS) (Sila pastikan Kod Bidang/*Nature Of Business*/Undang-Undang Kecil berkaitan dengan latihan)
- iii. Surat Kebenaran atau Pengesahan Pengurusan Tertinggi**
- iv. Salinan Lesen PBT / CF/Agensi berkaitan (Pejabat dan Bilik Latihan) (Sila pastikan tarikh sahlaku lesen/sijil masih sah)
- v. Salinan Perjanjian Sewa Beli (Bagi pejabat dan bilik latihan yang disewa)
- vi. Salinan Kad Pengenalan Pemohon (Koordinator)
- vii. Salinan Kad Pengiktirafan Tenaga Pengajar
- viii. Pelan Lokasi (Pejabat dan Bilik Latihan)
- ix. Pelan Lantai (Pejabat dan Bilik Latihan)
- x. Gambar Bilik Latihan (Sekurang-kurangnya 2 keping)

SLPM	JKN

****Bagi Institusi Pengajian Tinggi (IPT) dan premis makanan sahaja**

B. Dengan ini saya, _____ No. Kad Pengenalan : _____ mengaku bahawa semua maklumat yang diberikan di atas adalah benar dan sekiranya maklumat tersebut didapati tidak benar, maka permohonan saya akan terbatal / akreditasi ditarik balik SERTA-MERTA. Saya juga berjanji akan mematuhi terma dan syarat akreditasi Sekolah Latihan Pengendali Makanan yang ditetapkan oleh Kementerian Kesihatan Malaysia.

Tandatangan

Tarikh

Cop Syarikat

Nota : Sila hantar dokumen sokongan yang lengkap ke **JABATAN KESIHATAN NEGERI (JKN)** berhampiran.

Untuk Kegunaan JKN Sahaja	
Tarikh Permohonan Diterima	Tarikh Permohonan Lengkap
Ulasan:	
Diproses oleh	
Tandatangan	
Nama	
Jawatan	
Tarikh	