

**BORANG PERMOHONAN AKSES DISIPLIN DAN ROLE SISTEM**Unit Teknologi Maklumat & Komunikasi
Hospital Tuanku Ja'afar, Seremban

HTJS/ICT/BRG 013 Pin.1/25



Silalahkan maklumat di bawah :

BAHAGIAN 1: MAKLUMAT PEMOHON			
<input type="checkbox"/> Dr. Nama : _____		No. Kad Pengenalan : _____	
<small>Tanda v jika berkaitan</small>			
Jawatan : _____		Gred : _____ No. MMC/REG: _____	
No Telefon : _____ (HP) _____ (P)		E-mel MOH : _____ @moh.gov.my	
Sistem Semasa yang Digunakan : <input type="checkbox"/> SPP			
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> HIS@KKM <div style="display: flex; gap: 10px;"> <input type="checkbox"/> CenSSIS <input type="checkbox"/> OTMS <input type="checkbox"/> LIS </div> </div>			
Disiplin Semasa (Optional): _____		Role Semasa (Optional) : _____	
Capaian Disiplin Tambahan (SPP)		Capaian Role Tambahan	
<input type="checkbox"/> Anaesthesiology <input type="checkbox"/> Dermatology <input type="checkbox"/> Emergency Medicine <input type="checkbox"/> Endocrinology <input type="checkbox"/> Forensic Medicine <input type="checkbox"/> Gastroenterology <input type="checkbox"/> General Medicine <input type="checkbox"/> General Surgery <input type="checkbox"/> Geriatric <input type="checkbox"/> Gynaecology <input type="checkbox"/> Haematology <input type="checkbox"/> Infectious Disease <input type="checkbox"/> Nephrology <input type="checkbox"/> Neurology <input type="checkbox"/> Neurosurgery <input type="checkbox"/> Obstetric <input type="checkbox"/> Ophthalmology	<input type="checkbox"/> Oral Maxillofacial Surgery <input type="checkbox"/> Orthopaedic <input type="checkbox"/> Otorhinolaryngology <input type="checkbox"/> Paediatric <input type="checkbox"/> Paediatric Surgery <input type="checkbox"/> Paediatric Dentistry <input type="checkbox"/> Psychiatry <input type="checkbox"/> Radiology <input type="checkbox"/> Rehabilitative Medicine <input type="checkbox"/> Respiratory Medicine <input type="checkbox"/> Rheumatology <input type="checkbox"/> Sport Medicine <input type="checkbox"/> Multidiscipline* *Memo Justifikasi HOD	SPP <input type="checkbox"/> Medical Officer <input type="checkbox"/> Jururawat <input type="checkbox"/> Pen. Pegawai Perubatan <input type="checkbox"/> Pem. Perawatan Kesihatan <input type="checkbox"/> Authorized Radiology Order <input type="checkbox"/> Lain-lain (Nyatakan) _____ LIS <input type="checkbox"/> Lab User <input type="checkbox"/> Ward Clinician	OTMS <input type="checkbox"/> Anaest <input type="checkbox"/> ORNurse <input type="checkbox"/> Surgeon <input type="checkbox"/> Ward CenSSIS <input type="checkbox"/> Admin <input type="checkbox"/> Receive <input type="checkbox"/> User <input type="checkbox"/> Staff <input type="checkbox"/> Supervisor <input type="checkbox"/> SV Assistant

BAHAGIAN 2: PENGESAHAN		
Saya dengan ini memahami dan bersetuju dengan terma yang ditetapkan dalam sistem-sistem tersebut dan saya tidak akan berkongsi ID pengguna. Jika saya didapati menyalahgunakan ID pengguna, tindakan tatatertib akan diambil ke atas saya.	Tandatangan Pemohon Tarikh : _____	Tandatangan Ketua Jabatan Tarikh : _____

BAHAGIAN 3 : UNTUK KEGUNAAN UNIT TEKNOLOGI MAKLUMAT & KOMUNIKASI
Tarikh & Masa Terima : _____
Tarikh & Masa Selesai : _____
Cop Pendaftar : _____