



**JABATAN KESELAMATAN DAN KESIHATAN PEKERJAAN  
(JKKP)**

*Department Occupational Safety and Health (DOSH)*

**BORANG PENDAFTARAN *ERGONOMICS TRAINED PERSON (ETP)***

<b>A.BUTIR-BUTIR PERMOHONAN</b>					
<input type="checkbox"/> <b>INITIAL <i>ERGONOMICS RISK ASSESSMENT (ERA)</i></b>		<input type="checkbox"/> <b>ADVANCED <i>ERGONOMICS RISK ASSESSMENT (ERA)</i></b>			
Nama Penuh (huruf besar):	Tarikh Lahir:	Sila sertakan satu salinan gambar berukuran passport			
No Kad Pengenalan:	Tempat Lahir:				
Jantina <table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Lelaki</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Perempuan</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>		Lelaki	<input type="checkbox"/>	Perempuan
<input type="checkbox"/>	Lelaki				
<input type="checkbox"/>	Perempuan				
Nama & Alamat Majikan:	No Tel:	Emel rasmi ETP:			
	No Faks :				
	No HP rasmi :				
Alamat Rumah:	No Tel:	Emel peribadi ETP:			
	No Faks:				
	No HP peribadi :				
Nama & Alamat Penyedia Latihan Berdaftar <i>ERA</i> atau Penganjur Kursus <i>Initial/Advanced ERA</i> :	No Tel:	Emel:			
	No Faks:				
	No HP:				

**B. PENCAPAIAN TERTINGGI AKADEMIK DAN KURSUS-KURSUS BERKAITAN YANG TELAH DIHADIRI****B1. PENCAPAIAN TERTINGGI AKADEMIK**

Nama Institusi	Tahun Pengajian		Pencapaian Tertinggi
	dari	hingga	

**B2. KURSUS BERKAITAN YANG TELAH DIHADIRI \***

Tajuk Kursus	Tarikh	Tempat Kursus / Penganjur

(\*Sila sertakan Sijil Lulus/Kelayakan *Initial & Advanced ERA* sahaja)

**C. LATARBELAKANG PEKERJAAN & PENGALAMAN DALAM BIDANG ERGONOMIK \***

Nama & Alamat Majikan	Tahun Bekerja		Deskripsi Tugas
	dari	hingga	

(\*Sila sertakan surat pengesahan majikan terkini)

**D. PENGAKUAN**

Saya dengan ini mengaku bahawa kesemua butir-butir diatas adalah betul berasaskan kepada pengetahuan saya. Jika pihak tuan mendapati bahawa terdapat kenyataan saya yang tidak tepat atau palsu, maka saya bersetuju dan menerima supaya pendaftaran saya sebagai *Ergonomics Trained Person (ETP)* ditolak atau kompetensi dibatalkan oleh Ketua Pengarah tanpa sebarang notis diberikan kepada saya.

Tandatangan: \_\_\_\_\_ Tarikh: \_\_\_\_\_

Nama Penuh: \_\_\_\_\_

Nama saksi: \_\_\_\_\_

No KP saksi: \_\_\_\_\_

Tandatangan saksi: \_\_\_\_\_

rev: 3.1.2025