

**MALAYSIAN ASSOCIATION FOR THE BLIND  
PERSATUAN BAGI ORANG BUTA MALAYSIA**

P. O. Box 10687, 50722 Kuala Lumpur  
Jalan Tebing, Off Jalan Tun Sambanthan 4  
50470 Kuala Lumpur  
Tel. No: 03-22722677 Fax. No: 03-22722676

---

**PUSAT LATIHAN GURNEY**

**SYARAT-SYARAT KEMASUKAN**

**1. PANEL PEMILIHAN PELATIH**

Semua kemasukan pelatih adalah diputuskan oleh panel pemilihan dan keputusannya adalah muktamad.

**2. KAD ORANG KURANG UPAYA (OKU)**

Pemohon mestilah Orang Kurang Upaya Penglihatan yang berdaftar dengan Jabatan Kebajikan Masyarakat atau dalam proses permohonan.

**3. UMUR**

Pemohon mestilah berumur sekurang-kurangnya 16 tahun dan ke atas.

**4. DOKUMEN YANG PERLU DILENGKAPKAN**

Semua pemohon harus melengkapkan laporan perubatan dan borang kemasukan Pusat Latihan Gurney (GTC) serta mempunyai borang Jabatan Kebajikan Masyarakat (JKM 17) yang telah dilengkapkan oleh pihak JKM atau dalam proses permohonan.

**5. KELAYAKAN AKADEMIK**

Kelayakan Akademik pemohon adalah bergantung kepada kursus yang dipohon (rujuk borang permohonan).

**6. BORANG PERMOHONAN**

Borang permohonan boleh didapati di Jabatan-Jabatan Kebajikan Masyarakat Negeri/ Daerah/Jajahan, di sekolah -sekolah khas/percantuman bagi orang buta, di hospital-hospital kerajaan, di Ibu pejabat PERKESO atau pemohon boleh mendapatkan terus borang permohonan di pejabat Pusat Latihan Gurney, Persatuan Bagi Orang Buta Malaysia.

## 7. BAYARAN PERMOHONAN

Bayaran hanya akan dikenakan kepada pemohon dari luar negara dan pemohon-pemohon melalui badan berkanun / agensi.

Bayaran adalah seperti berikut :-

- i. RM 400.00 (Sebulan) bagi pemohon dari luar negara.
- ii. RM 300.00 (Sebulan) bagi pemohon daripada badan berkanun atau agensi.

Bayaran juga akan dikenakan kepada pemohon-pemohon yang telah diterima untuk mengikuti sebarang kursus tetapi bertindak manarik diri sebelum tamat tempoh kursus tanpa alasan yang munasabah.

## 8. KEMASUKAN PEMOHON WANITA YANG HAMIL

Pemohon wanita yang hamil adalah tidak layak memohon.

## 9. PENYAKIT

Pemohon-pemohon yang menghidap penyakit berjangkit adalah tidak layak memohon.

## 10. TEMPOH LATIHAN

Tempoh latihan adalah bergantung kepada kursus yang ditawarkan (rujuk borang permohonan).

## 11. SYARAT-SYARAT LAIN

Pemohon mestilah boleh menguruskan diri sendiri tanpa bergantung kepada pihak lain. Pemohon yang telah tamat mengikuti Program Pemulihan boleh mengikuti program vokasional berdasarkan pemilihan yang dibuat oleh panel pemilihan.

Syarat-syarat kemasukan boleh dipinda mengikut kesesuaian dari semasa ke semasa.

**PUSAT LATIHAN GURNEY  
PERSATUAN BAGI ORANG BUTA MALAYSIA  
KOMPLEKS MAB, JALAN TEBING  
OFF JALAN TUN SAMBANTHAN 4  
50470 KUALA LUMPUR**

Gambar  
Ukuran  
Passport

**BORANG PERMOHONAN MENGIKUTI KURSUS / LATIHAN**

**Arahan:**

1. Sila lengkapkan butir-butir di bawah dan Tandakan (✓) pada ruangan berkenaan.
2. 3 keping gambar berukuran pasport perlu disertakan semasa pendaftaran.

**BAHAGIAN A :-**

1. Saya ingin memohon sebagai pelatih :-

berasrama       harian di Pusat Latihan Gurney.

2. Butir-Butir Peribadi :

Nama pemohon : \_\_\_\_\_

Alamat : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

No.Telefon : \_\_\_\_\_

No. K/P : \_\_\_\_\_

Tarikh Lahir : \_\_\_\_\_

Tempat Lahir : \_\_\_\_\_

No.Pendaftaran Kebajikan / Kecacatan : \_\_\_\_\_

Jantina: Lelaki  Perempuan

Taraf Perkahwinan : Bujang  Duda

Berkahwin  Janda

Kewarganegaraan : Warganegara Malaysia

Bukan Warganegara  Nyatakan : \_\_\_\_\_

No. Passport : \_\_\_\_\_

**3. Butir-butir Ibu/Bapa / Penjaga**

Nama (Bapa / Ibu / Penjaga) : \_\_\_\_\_

Perkerjaan : \_\_\_\_\_

No. Telefon : \_\_\_\_\_

No. Telefon Saudara Terdekat (sekiranya berlaku kecemasan) : \_\_\_\_\_

Pendapatan Tahunan : RM \_\_\_\_\_

Bilangan adik-beradik : \_\_\_\_\_

Jumlah Pendapatan tahunan keluarga : RM \_\_\_\_\_

**4. Butir-butir Kecacatan**

Buta  Rabun } Boleh membaca bahan bercetak   
Tidak boleh membaca bahan bercetak

Sebab-sebab kecacatan : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sejarah Kecacatan (sejak bila mengalami cacat penglihatan) :

Tarikh / Tahun : \_\_\_\_\_

Umur : \_\_\_\_\_

Lain-lain kecacatan :-

Pekak

Masalah Pertuturan

Terencat Akal

Kencing Manis

Penyakit Kronik (jika ada, nyatakan) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Maklumat di atas perlu untuk membantu pihak pusat latihan membuat rawatan susulan dan penjagaan rapi setelah kemasukan.

## 5. Latar Belakang Pendidikan

### Peringkat Rendah

Nama Sekolah : \_\_\_\_\_

Alamat : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Peringkat Menengah

Nama Sekolah : \_\_\_\_\_

Alamat : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 6. Kelayakan Akademik (Tandakan (√) dan potong mana yang tidak berkenaan dan sertakan salinan sijil)

SRP / PMR  SPM  STPM

Institusi Pengajian Tinggi (IPTA / IPTS) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alamat : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bil.	Tarikh Diperolehi	Sijil / Diploma / Ijazah	Bidang / Pengkhususan
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Lain-lain kelayakan (Nyatakan) : \_\_\_\_\_

## 7. Penilaian terhadap kebolehan

### 7.1 Menguruskan hal-hal peribadi :-

Pakaian Ya  Tidak

Kebersihan Diri Ya  Tidak

Mencuci Pakaian Ya  Tidak

Lain-lain Kemahiran (nyatakan) : \_\_\_\_\_

### 7.2 Mobiliti:-

Di dalam rumah Ya  Tidak

Di luar rumah Ya  Tidak

Perjalanan ke tempat lain Ya  Tidak

### 7.3 Lain-lain kebolehan:-

Memasak Ya  Tidak

Mengenali orang lain melalui :- Penglihatan  Suara

Membaca Braille  Bercetak

Menulis / Menaip dengan menggunakan :-

1. Brailler  2. Pen  3. Marker Pen

**8. Penilaian Vokasional atau Pengalaman Kerja :**

Perkerjaan pemohon sebelum kehilangan penglihatan :

\_\_\_\_\_

Nama dan alamat majikan dahulu : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Perkerjaan sekarang (jika ada) : \_\_\_\_\_

Nama dan alamat majikan : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**9. Kursus- Kursus Yang Ditawarkan** (Sila tandakan (√) di petak berkenaan).

**9.1 Program Pemulihan**

- Program-program ini merangkumi modul - modul seperti berikut :-
  - Orientasi dan Mobiliti
  - Kemahiran Hidup
  - Braille
  - Kemahiran Menaip
  - Bahasa Inggeris
  - Fardhu Ain
  - Kemahiran Sosial
  - Asas Pertukangan
- Program ini hanya diwajibkan untuk pemohon-pemohon cacat penglihatan yang tidak pernah mengikuti pendidikan di sekolah- sekolah cacat penglihatan.
- Tempoh Program Pemulihan ini ialah selama 5 bulan (1 Semester)

## **9.2 Program Vokasional (pilih satu sahaja)**

### **9.2.1. Kemahiran Urut**

- Merangkumi modul-modul seperti berikut :-
  - Kursus Urut
  - Kursus Refleksologi
  - Anatomi Fisiologi
  - Oriental Medicine
  - Kecergasan Fizikal
  - Bahasa Inggeris
  - Fardhu Ain
  - Kemahiran Sosial
  - Orientasi & Mobiliti
  - Kemahiran Hidup
- Kelayakan akademik untuk memohon kursus ini sekurang-kurangnya Sijil Pelajaran Malaysia (SPM) untuk memperolehi Sijil Kemahiran Malaysia (SKM) Tahap 2. Bagi pemohon yang tidak memiliki SPM, sijil akan dikeluarkan oleh Pusat Latihan Gurney, Persatuan Bagi Orang Buta Malaysia.
- Tempoh kursus adalah 15 bulan (3 semester).

### **9.2.2. Pembantu Tadbir Sistem Maklumat**

- Merangkumi modul-modul seperti berikut :-
  - Telefoni
  - Literasi Komputer
  - Secretarial
  - Bahasa Inggeris



- Fardhu Ain
- Kemahiran Sosial
- Orientasi & Mobiliti
- Kemahiran Hidup
- Kemahiran Menaip
- Kelayakan akademik untuk mengikuti kursus ini sekurang-kurangnya Sijil Pelajaran Malaysia (SPM) untuk memperolehi Sijil Kemahiran Malaysia (SKM) Tahap 2.
- Tempoh kursus ialah 10 bulan (2 semester)

### 9.2.3. Program Persediaan Ke Institusi Pengajian Tinggi (IPT)

- Merangkumi modul-modul seperti berikut :-
- Informasi Teknologi Maklumat (ICT)
- Bahasa Inggeris
- Kemahiran Sosial
- Orientasi & Mobiliti
- Kemahiran Hidup
- Fardhu Ain
- Kemahiran Menaip
- Kelayakan untuk mengikuti program ini ialah Sijil Tinggi Persekolahan Malaysia (STPM) dan ke atas.
- Tempoh program ialah 5 bulan (1 semester)
- Program ini ditawarkan hanya pada bulan Januari hingga Mei setiap tahun.
- Bagi pemohon yang hilang penglihatan dalam tempoh bekerja dan berhasrat ingin meneruskan kerja mereka, juga layak memohon program ini.

**10. Perakuan oleh Pegawai Penyiasat**

**(Tandatangan dan Cop Jabatan)**

---

Nama :

Jawatan :

Tarikh :

**11. Kelulusan oleh Pegawai Kebajikan Negeri / Pengarah Pegawai Kebajikan**

**(Tandatangan dan Cop Jabatan)**

---

Nama :

Jawatan :

Tarikh :

## **SURAT AKUAN IBU-BAPA/PENJAGA**

Nama Pemohon : \_\_\_\_\_

No. Kad Pengenalan \_\_\_\_\_

Saya (nama ibu-bapa / penjaga pemohon) \_\_\_\_\_

Dengan ini bersetuju membenarkan penama di atas untuk mengikuti sebarang kursus yang ditawarkan oleh pihak tuan. Sekiranya didapati penama tidak sesuai untuk meneruskan kursus berkenaan atau melanggar peraturan-peraturan yang telah ditetapkan, saya sedia menerima kembali penama dan bertanggungjawab ke atas diri beliau setelah ditamatkan latihan.

\_\_\_\_\_  
Tandatangan Ibu/Bapa/Penjaga

No. Kad Pengenalan : \_\_\_\_\_

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

**MALAYSIAN ASSOCIATION FOR THE BLIND  
PERSATUAN BAGI ORANG BUTA MALAYSIA**

P. O. Box 10687, 50722 Kuala Lumpur  
Jalan Tebing, Off Jalan Tun Sambanthan 4  
50470 Kuala Lumpur  
Tel. No: 03-22722677 Fax. No: 03-22722676

---

Kepada :

.....  
.....  
.....  
.....

Tuan / Puan,

**PERMOHONAN MEMASUKI PUSAT LATIHAN GURNEY,  
PERSATUAN BAGI ORANG BUTA MALAYSIA**

Dimaklumkan permohonan tuan / puan untuk memasuki Pusat Latihan Gurney, Persatuan Bagi Orang Buta Malaysia telah kami terima pada ... ..dan kini dalam perhatian.

Sekiranya tuan / puan tidak terpilih untuk pengambilan bagi sesi ....., permohonan tuan / puan akan kami majukan ke pengambilan berikutnya. Walau bagaimanapun, kami mengucapkan berbanyak terima kasih di atas minat tuan / puan untuk memasuki Pusat Latihan Gurney, Persatuan Bagi Orang Buta Malaysia.

Sekian, harap maklum.

Yang benar,

.....  
b.p Pengetua  
Pusat Latihan Gurney  
Persatuan Bagi Orang Buta Malaysia

s.k. Jabatan Kebajikan Masyarakat Negeri / Daerah / Jajahan

*Nota : Sila tuliskan sendiri nama dan alamat pemohon*

**PEMERIKSAAN DOKTOR UNTUK MASUK KE PUSAT LATIHAN GURNEY,  
PERSATUAN BAGI ORANG BUTA MALAYSIA (KUALA LUMPUR)**

Calon hendaklah mengisi Bahagian 'A' di bawah ini dan menyerahkannya kepada Pegawai Perubatan pada masa ia diperiksa bersama-sama dengan surat berkenaan yang disertakan ini.

Calon adalah bertanggungjawab memberikan keterangan-keterangan yang betul dalam borang ini dan jika dengan sengaja calon tiada memberikan apa-apa penerangan ia boleh diberhentikan dari meneruskan latihan di Pusat Latihan ini.

Untuk tujuan pemeriksaan doktor jika tuan/puan pernah memakai cermin mata, tuan/puan hendaklah membawanya bersama. Sila juga membawa kertas-kertas Lembaga Perubatan jika ada.

NAMA DIRI (PENUH) :		
ALAMAT	PEKERJAAN	NO. KAD PENGENALAN
TARAF PERKAHWINAN	TARIKH LAHIR	TEMPAT DILAHIRKAN
Bujang		
Berkahwin		
Duda/Janda		

**A. PENGAKUAN PEMOHON:**

1.	Adakah tuan/puan menghidap	YA	TIDAK	Jika ya nyatakan tarikh dan butir-butir lanjut
	(a) Kahak berdarah ( <i>Blood stained Sputum</i> )			
	(b) Sakit lelah ( <i>Asthma</i> )			
	(c) Batuk kering/Tibi ( <i>Tuberculosis</i> )			
	(d) Lain-lain penyakit paru-paru ( <i>Other diseases of Lungs</i> )			
	(e) Sengal-sengal sendi ( <i>Joint pains</i> )			
	(f) Bengkak kaki ( <i>Swelling of Legs</i> )			
	(g) Pening kepala ( <i>Giddiness</i> )			
	(h) Burut ( <i>Swelling of scrotum</i> )			
	(i) Sawan ( <i>Fits</i> )			
	(j) Kencing rnanis			
	(k) Darah Tinggi			
	(l) Ketagihan dadah			
	(m) Penyakit-penyakit lain atau kecederaan diri yang mudarat ( <i>Any other disease or serious personal injury</i> )			

2.	Keadaan Panca Indera	BOLEH	TIDAK	Jika tidak nyatakan tarikh dan butir-butir lanjut
	(a) Rasa ( <i>Taste</i> )			
	(b) Bau ( <i>Smell</i> )			
	(c) Sentuhan ( <i>Touch</i> )			
	(d) Penglihatan ( <i>Vision</i> )			

	(e) Pendengaran ( <i>Hearing</i> )			
--	------------------------------------	--	--	--

3.	(a) Adakah pernah tuan/puan diperiksa oleh Lembaga Perubatan	YA	TIDAK	Jika tidak nyatakan tarikh dan butir-butir lanjut
	(b) Sila nyatakan sarna ada tuan/puan bersetuju atau tidak rekod Lembaga Perubatan (jika ada) diperiksa oleh Pegawai Perubatan yang rnereriksa.			
	(c) Adakah tuan/puan menerima pencen daripada mana-mana punca			
	(d) Adakah tuan/puan atau mana-mana ahli keluarga tuan/puan atau saudara mara yang dekat pernah atau sedang menghidap penyakit jiwa atau penyakit turun-temurun yang diketahui			

Saya dengan ini mengaku bahawa jawapan-jawapan yang diberi di atas adalah benar dan lengkap.

Tarikh:	Tandatangan calon:
---------	--------------------

Saya sahkan bahawa tandatangan di atas adalah tandatangan :-

Encik/Puan/Cik:	
Tandatangan Saksi:	
Nama Saksi:	
No. Kad Pengenalan Saksi:	
Alamat:	
Tarikh:	



## B. BUTIRAN MENGENAI PEGAWAI PERUBATAN YANG MEMERIKSA

1.	(a) Nama Pegawai Perubatan yang memeriksa	
	(b) Jawatan	
	(c) Nombor Kad Pengenalan	
	(d) Tarikh pemeriksaan	
	(e) Nama Hospital	

2.	(a) Adakah tuan/puan Mempunyai pertalian Keluarga dengan pemohon	YA	TIDAK	Jika ya nyatakan butir-butir selanjutnya?
	(b) adakah pernah tuan/puan mengubatinya			

.....  
(Tarikh)

.....  
(Tandatangan)

## C. BUTIRAN-BUTIRAN YANG DIPERIKSA

Pegawai-pegawai Perubatan yang memeriksa dikehendaki memeriksa pemohon itu seluruhnya dan menyiapkan penyata yang di bawah ini dengan tepat.

1.	TINGGI/BERAT	METER	KG	Catatan Doktor
----	--------------	-------	----	----------------

2.	PEMERIKSAAN MATA	KANAN	KIRI	Catatan Doktor
	(a) Penglihatan tanpa alat pandang (seperti kaca mata, kanta sentuhan)( <i>Unaided vision</i> )			
	(b) Penglihatan dengan alat pandang (seperti kaca mata, kanta sentuhan)( <i>Aided Vision</i> )			
	(c) (Penglihatan warna) ( <i>Colour Perception</i> )	Biasa		Biasa
		Tidak Biasa		Tidak Biasa

(d) Fundus	Biasa		Biasa	
	Tidak Biasa		Tidak Biasa	

3.	PEMERIKSAAN TELINGA	KANAN		KIRI		Catatan Doktor
(a) Adakah telinganya bernanah ( <i>Any ear discharge</i> )	Ya			Ya		
	Tidak			Tidak		
(b) Adakah terdapat tympanum berlubang ( <i>Tympanic perforation</i> )	Ya			Ya		
	Tidak			Tidak		
(c) Pendengaran ( <i>Hearing</i> )	Baik			Baik		
	Kurang Baik			Kurang Baik		

4.	PEMERIKSAAN GIGI	YA	TIDAK	Catatan Doktor
	Sama ada beliau ada			
	(a) Kerosakan gigi yang teruk ( <i>Advanced Dental Caries</i> )			
	(b) Gigi palsu ( <i>Dentures</i> )			

5.	PEMERIKSAAN MULUT DAN KERONGKONG	YA	TIDAK	Catatan Doktor
	Sama ada beliau pernah mengalami			
	(a) Pembesaran tonsil ( <i>Enlarged Tonsils</i> )			
	(b) Lelangit bercelah ( <i>Cleft Palate</i> )			
	(c) Lain-lain abnormaliti yang teruk ( <i>Any other severe abnormality</i> )			

6.	PEMERIKSAAN NADI	BIASA	TIDAK BIASA	CATATAN DOKTOR
	(a) Kadar seminit ( <i>Rate per minute</i> )			
	(b) Sifat Denyutan Nadi ( <i>Character</i> )			

7.	PEMERIKSAAN DARAH	Sistolik mmHg	Distolik mmHg	CATATAN DOKTOR

8.	PEMERIKSAAN DADA				CATATAN DOKTOR
	(a) Sifatnya	Biasa		Luar Biasa	
	(b) Bila tarik nafas adakah penarikan nafasnya biasa ( <i>Expansion of the chest</i> )	Baik		Kurang Baik	
	(c) Adakah kedua-dua belah dadanya sama besar semasa penarikan nafas ( <i>Equal on both sides on expansion</i> )	Sama		Tidak Sama	
	(d) Bunyi perkusi ( <i>Percussion</i> )	Biasa		Luar Biasa	
	(e) Auskultasi ( <i>Auscultation</i> )	Biasa		Luar Biasa	

9.	PEMERIKSAAN JANTUNG				CATATAN DOKTOR
	(a) Saiz Jantung	Biasa		Luar Biasa	
	(b) Bunyi Jantung	Biasa		Luar Biasa	
	(c) Rentak ( <i>Rhythm</i> )	Biasa		Luar Biasa	
	(d) Adakah terdapat murmur atau lain-lain bunyi luar biasa ?	Ya		Tidak	

10.	PEMERIKSAAN ABDOMEN				CATATAN DOKTOR
	(a) Hati (Liver)	Palpabel		Tidak Palpabel	
	(b) Kura (Spleen)	Palpabel		Tidak Palpabel	

	(c) Adakah apa-apa bengkak yang luar biasa dalam perut? (Any abnormal abdominal mass?)	Ya		Tidak		
--	---	----	--	-------	--	--

11.	PEMERIKSAAN LUBANG-LUBANG HENIA (Examination of Hernial orifices)	Biasa	Luar Biasa	CATATAN DOKTOR		
-----	---	-------	------------	----------------	--	--

12.	PEMERIKSAAN KAJISARAF DAN KEADAAN MENTAL	Biasa	Luar Biasa	CATATAN DOKTOR		
	(a) Keadaan sentak lutut (Knee Jerk)					
	(b) Keadaan sentak pergelangan kaki (Ankle Jerk)					
	(c) Keadaan sentak plantar (Plantar Reflex)					
	(d) Keadaan anak mata (Condition of pupil)					
	(e) Refleksi anak mata terhadap cahaya (Light Reflex)					
	(f) Keadaan Mental (Mental Condition)					
	(g) Percakapan/pertuturan (Speech)					

13.	PEMERIKSAAN SISTEM LOKOMOTOR	Biasa	Luar Biasa	CATATAN DOKTOR		
	(a) Anggota atas (Upper Limbs)					
	(b) Anggota bawah (Lower Limbs)					
	(c) Kolom Spina (Spinal Column)					
	(d) Gaya berjalan (Gait)					

14.	PEMERIKSAAN URO JANTINA (untuk laki-laki sahaja dan perempuan jika perlu)	Biasa	Luar Biasa	CATATAN DOKTOR		
-----	---	-------	------------	----------------	--	--

15.	PEMERIKSAAN AIR KENCING			CATATAN DOKTOR
	Sp. Gravity			
	Gula			
	Albumin			
	Pemeriksaan Mikroskopik			
	Dadah			

16.	PEMERIKSAAN X-RAY DADA	
	(a) Nombor X-Ray	
	(b) Tarikh X-Ray	
	(c) Tempat X-Ray diambil	
	(d) Penyata X-Ray	

17.	LAIN-LAIN PEMERIKSAAN YANG MANA DIFIKIRKAN PERLU OLEH PEGAWAI PERUBATAN YANG MEMERIKSA (Sila nyatakan sekiranya pemohon menghidap sebarang penyakit berjangkit atau hamil)

Saya dengan ini mengakui bahawa saya telah memeriksa Encik / Puan / Cik

---

K.P. No: \_\_\_\_\_ pada \_\_\_\_\_ termasuk x-ray dan saya dapati:

Beliau tidak menghidap apa-apa penyakit dan disahkan sihat untuk masuk ke Pusat Latihan bagi mengikuti kursus-kursus yang dianjurkan oleh Pusat Latihan Gurney.

Beliau tidak begitu sihat seperti di butiran \_\_\_\_\_ tetapi boleh dilantik untuk mengikuti kursus-kursus yang dianjurkan oleh Pusat Latihan Gurney.

Beliau tidak sihat dan tidak disokong untuk mengikuti kursus-kursus yang dianjurkan oleh pihak Pusat Latihan Gurney.

*(Tandakan salah satu daripada kenyataan di atas)*

NAMA	
TANDATANGAN	
KELAYAKAN	
JAWATAN	
COP RASMI	