



**PEMERIKSAAN KESIHATAN
PERMOHONAN LESEN VOKASIONAL**

JPJ L8A

- (i) Sila baca panduan di muka surat tujuh (7) sebelum mengisi borang ini
- (ii) Gunakan **HURUF BESAR**
- (iii) Pemohon Orang Kelainan Upaya (OKU) yang memegang Lesen CDL D/DA sahaja hanya layak memohon lesen PSV (Teksi/ Kereta Sewa/ Teksi Mewah/ E-Hailing)
- (iv) Hanya pengesahan (Bahagian I atau J) perlu dikemukakan kepada Jabatan Pengangkutan Jalan (JPJ)
- (v) Pemohon yang menerima pengesahan "*Tidak layak untuk memohon lesen memandu vokasional untuk sementara*" pada Bahagian I hendaklah membuat pemeriksaan kesihatan semula bagi mendapatkan pengesahan di Bahagian J

A. JENIS PERMOHONAN:

TYPE OF APPLICATION:

--	--

KELAS LESEN DIPOHON:

LICENSE CLASS APPLIED:

--	--

**B. BUTIR-BUTIR PEMOHON
APPLICANT'S INFORMATION**

1. Nama Pemohon: <i>Applicant's Name:</i>						
2. No. Kad Pengenalan: <i>NRIC No.:</i>	3. Tarikh Lahir: <i>Date of Birth:</i>					
4. Alamat: <i>Address:</i>						
5. Jantina: <i>Sex:</i>	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td>Lelaki/ <i>Male</i></td></tr><tr><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td>Perempuan/ <i>Female</i></td></tr></table>		Lelaki/ <i>Male</i>		Perempuan/ <i>Female</i>	6. No. Telefon : <i>Telephone No.:</i>
	Lelaki/ <i>Male</i>					
	Perempuan/ <i>Female</i>					

Nota: Jika sedang mendapat rawatan untuk sebarang masalah kesihatan, sila lampirkan surat/ laporan daripada doktor yang merawat
Note: *If on treatment for any medical conditions, please attach medical report from the attending doctor*

**C. BUTIR-BUTIR LESEN
LICENSE INFORMATION**

1. Tarikh Luput Lesen Memandu: <i>Expiry Date of Driver's License:</i>	2. No. Siri Lesen: <i>License Serial No.:</i>
3. Tarikh Luput Lesen Vokasional (jika ada): <i>Expiry Date of Vocational Driver's License:</i>	4. No. Siri Lesen Vokasional: <i>Vocational License Serial No.:</i>
5. Kod Kegunaan (untuk kegunaan pejabat): <i>Usage Code (for office use):</i>	

**D. PENGAKUAN PEMOHON
DECLARATION BY THE APPLICANT**

Saya mengaku bahawa semua maklumat yang diberikan di atas adalah benar.
I hereby declare that I have considered the above information and believe it to be complete and true.

Tandatangan pemohon:
Applicant's Signature:

No. Kad Pengenalan Pemohon:
Applicant's NRIC No.:

Nama Pemohon:
Applicant's Name:

Tarikh:
Date:

E. SEJARAH KESIHATAN (Pemohon dikehendaki menjawab semua soalan. Sila tandakan (X) pada ruang berkenaan)
MEDICAL HISTORY (Applicant must answer all questions. Please mark (X) in the relevant boxes)

Ya/ Yes	Tidak/ No		Ya/ Yes	Tidak/ No	
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Adakah anda mempunyai masalah penglihatan/ sebarang penyakit mata/ pernah menjalani pembedahan mata? <i>Do you have any problems with your vision/ any eye diseases/ had any surgery to the eyes?</i>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Adakah anda mempunyai masalah pendengaran/ pernah mengalami penyakit atau kecederaan pada telinga? <i>Do you have any hearing problems/ have you ever had any diseases or injuries to your ears?</i>
Pernahkah anda menghidapi: <i>Have you ever had:</i>					
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Sawan dan kelumpuhan? <i>Fits/ Epilepsy or Paralysis?</i>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Masalah sakit kepala, pening, pitam atau pengsan untuk tempoh 6 bulan yang lalu? <i>Headaches, dizziness, black-out or fainting spells in the past 6 months?</i>
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Adakah anda mempunyai ketidaksempurnaan/ kecacatan fizikal, mengalami sakit tulang dan sendi atau pergerakan terhad pada mana-mana sendi? <i>Do you have any physical abnormalities/ physical disabilities, musculoskeletal disorders or limitation of movements of the joints?</i>
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Pernahkah anda menghidap penyakit/ kecelaruan mental? <i>Have you ever had any mental illnesses (Psychiatric Disorders)?</i>
Adakah anda mempunyai masalah: <i>Are you suffering from:</i>					
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Penyakit jantung? <i>Heart Disease?</i>
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Darah tinggi (Hipertensi)? <i>High Blood Pressure (Hypertension)?</i>
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Sesak nafas? <i>Shortness of breath?</i>
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Batuk berdarah/ batuk yang berpanjangan (melebihi 10 hari)? <i>Cough with blood in sputum/ prolonged cough (more than 10 days)?</i>
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Penyakit kencing manis? <i>Diabetes Mellitus?</i>
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Adakah anda mengambil rawatan untuk sebarang masalah kesihatan? Sila nyatakan: _____ <i>Are you taking treatment for any medical conditions? Pls specify: _____</i>
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Adakah anda mengalami kemalangan untuk tempoh 1 tahun yang lalu? <i>Have you been involved in any accidents over the past 1 year?</i>
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Adakah anda pernah menyalahgunakan dadah, alkohol atau ubat-ubatan? <i>Have you ever misused drugs, alcohol or medication?</i>
15.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Adakah anda mengalami gangguan tidur? <i>Do you have sleep disturbances?</i>

F. PENGAKUAN PEMOHON (dengan disaksikan oleh Pengamal Perubatan yang memeriksa)
DECLARATION BY THE APPLICANT (witnessed by the examining doctor)

(Nama penuh pemohon)

Saya _____ dengan ini mengisytiharkan bahawa saya telah dengan teliti mengambilkira kenyataan yang dibuat di atas dan saya percaya ianya lengkap dan tepat. Saya seterusnya mengisytiharkan bahawa saya tidak menyembunyikan apa-apa maklumat atau membuat apa-apa kenyataan palsu. Saya memberi izin kepada pengamal perubatan yang memeriksa untuk berkomunikasi dengan mana-mana pengamal perubatan yang memeriksa saya dan Jabatan Pengangkutan Jalan; dalam hal-hal yang boleh memberikan kesan ke atas kesesuaian untuk memandu dalam perkara-perkara berkaitan dengan permohonan saya untuk lesen vokasional. Saya bersetuju dengan keputusan pemeriksaan kesihatan yang dijalankan.

(Applicant's full name)

I _____ hereby declare that I have considered the above information and believe it to be complete and true. I also declare that I did not conceal any information nor give any false statements. I permit the examining doctor to communicate with any medical practitioner treating me as well as with the Road Transport Department; in matters that could affect the suitability to drive in issues related to my application for a vocational license. I will abide by the findings and the results of this medical examination.

Tandatangan pemohon:
Applicant's Signature:

No. Kad Pengenalan Pemohon:
Applicant's NRIC No.:

Nama Pemohon:
Applicant's Name:

Tarikh:
Date:

Nota: Sila rujuk Medical Examination Standard for Vocational Driver's Licensing melalui carian atas talian
Note: Please refer to Medical Examination Standard for Vocational Driver's Licensing through online search

G. PEMERIKSAAN PERUBATAN (untuk dilengkapkan oleh pengamal perubatan yang memeriksa pemohon)
MEDICAL EXAMINATION (to be completed by the medical practitioner)

1. Berat badan: _____ kg <i>Weight:</i>	2. Tinggi: _____ cm <i>Height:</i>	3. BMI : _____ kg/m ² <i>BMI:</i>	4. Tarikh pemeriksaan dijalankan: <i>Date of examination:</i>
5. Tekanan darah/ Blood pressure: Sistolik/ <i>Systolic:</i> _____ mmHg Diastolik/ <i>Diastolic:</i> _____ mmHg	6. Kadar nadi: _____ seminit <i>Pulse rate:</i> _____ per _____ minute	7. Lilitan leher: <i>Neck Circumference:</i>	

Seksyen 1: Penglihatan
Section 1: Vision

Arahan: Sila tandakan (X) pada ruang berkenaan
Instruction: Please mark (X) in the relevant boxes

Mempunyai masalah penglihatan seperti berikut:
Having vision problems as mentioned below:

8. Tahap penglihatan (Dengan kacamata/ kanta sentuh sekiranya memakai kacamata/ kanta sentuh) berdasarkan carta Snellen (sama ada carta nombor, abjad atau carta E pada jarak 6 meter)

Visual Acuity (with glasses / contact lenses if wearing them) Based on Snellen's Chart (whether numerical, alphabetical or E chart at a distance of 6 metres).

	Ya/ Yes	Tidak/ No		Tanpa dibetulkan/ <i>Unaided</i>	Dibetulkan/ <i>Aided</i>	
8a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nampak dua imej <i>Double vision</i>	Mata kanan <i>Right eye</i>		
8b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rabun warna <i>Colour blindness</i>			Mata kiri <i>Left eye</i>
8c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rabun malam <i>Night blindness</i>			
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medan penglihatan (Ujian Konfrontasi) <i>Visual field (Confrontation Test)</i>			
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diplopia <i>Diplopia</i>			
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rabun warna (Ujian Warna Ishihara) <i>Colour blindness (Ishihara Colour Test)</i>			

Nota: Permohonan tidak diluluskan jika:
Note: Application is not approved if:

- Mempunyai masalah Nampak dua imej, rabun warna atau rabun malam
Has diplopia, colour blindness or night blindness
- Gagal ujian medan penglihatan (Ujian Konfrontasi) bila dibandingkan dengan pemeriksa; Tidak normal jika kurang dari 30% dari pemeriksa
Fails the visual field testing (Confrontation test); Abnormal if less than 30% from examiner
- Gagal mengenal pasti dengan tepat sekurang-kurangnya 4/17 plat warna Ishihara atau lebih
If applicant is not able to recognize correctly 4/17 or more Ishihara plates
- Tahap penglihatan melebihi 6/12 pada salah satu mata, dengan atau tanpa cermin mata atau kanta lekap
Visual acuity exceeds 6/12 in at least one eye, with or without glasses or contact lenses

Seksyen 2: Pendengaran
Section 2: Hearing

Arahan: Sila tandakan (X) pada ruang berkenaan
Instruction: Please mark (X) in the relevant boxes

	Ya/ Yes	Tidak/ No	Telinga kanan: <i>Right ear:</i>	Telinga Kiri: <i>Left ear:</i>
12. Kebolehan mendengar bisikan tanpa atau dengan alat pendengaran <i>Ability to hear whisper without or with hearing aid</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ya/ Yes <input type="checkbox"/>	Tidak/ No <input type="checkbox"/>
Pendengaran normal: <i>Normal Hearing:</i>	<ol style="list-style-type: none"> Kebolehan mendengar bisikan <i>Ability to hear whisper</i> Dengan telinga bertentangan ditutup <i>With opposite ear occluded</i> Dalam bilik senyap <i>In a quiet room</i> Pada jarak 0.6 meter <i>At a distance of 0.6 meters</i> 			

Permohonan tidak diluluskan jika pemohon tidak dapat mendengar bisikan.
Application not approved if the applicant is unable to hear whisper.

SARINGAN SINDROM KESEKATAN PERNASAFAN TIDUR BERDENGKUR (OSA)

Instruction/ Arahan: Circle your answer/ bulatkan jawapan anda

13. *Snoring/ berdengkur*

Do you snore loudly (louder than talking or loud enough to be heard through closed doors)?

Adakah anda berdengkur dengan kuat (kuat dari bercakap atau cukup kuat untuk didengari dengan pintu bilik ditutup)?

Yes/ Ya

No/ Tidak

14. *Tired/ Penat*

Do you often feel tired, fatigued, or sleepy during daytime?

Adakah anda kerap penat, lemah, letih di siang hari?

Yes/ Ya

No/ Tidak

15. *Observed/ Pemerhatian*

Has anyone observed you stop breathing during your sleep?

Adakah sesiapa memerhati atau memberitahu anda kelihatan seperti berhenti bernafas ketika tidur?

Yes/ Ya

No/ Tidak

16. *Blood pressure/ tekanan darah*

Do you have or are you being treated for high blood pressure?

Adakah anda mempunyai masalah darah tinggi atau ada mendapat rawatan untuk masalah tekanan darah tinggi?

Yes/ Ya

No/ Tidak

17. *BMI*

BMI more than 35?

BMI melebihi 35?

Yes/ Ya

No/ Tidak

18. *Age/ Umur*

Age over 50 year old?

Umur melebihi 50 tahun ?

Yes/ Ya

No/ Tidak

19. *Neck circumference/ Ukuran lilitan leher*

Neck circumference greater than 40 cm?

Ukuran lilitan leher melebihi 40 cm?

Yes/ Ya

No/ Tidak

20. *Gender/ Jantina*

Gender male?

Jantina lelaki?

Yes/ Ya

No/ Tidak

High risk of OSA: answering yes to three or more items

Low risk of OSA: answering yes to less than three items

TOTAL SCORE/ JUMLAH MARKAH:

RESULT/ KEPUTUSAN:

High risk/ Berisiko tinggi

(circle/ bulatkan)

Low risk/ Kurang berisiko

Pictorial Epworth Sleepiness Scale

Name: _____ Date: ___/___/___ Hospital No: _____ Date of Birth: ___/___/___

In contrast to just feeling tired, how likely are you to doze off or fall asleep in the following situations? Even if you have not done some of these things recently, try to work out how they would affect you. Use the following scale to choose the most appropriate number for each situation.

Situation <input type="checkbox"/> Please tick box	0 No chance of dozing	1 Slight chance	2 Moderate chance	3 Definitely would doze
Sitting and reading	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Watching TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitting inactive in a public place (e.g. Theatre or a meeting)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As a passenger in a car for an hour without a break	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lying down to rest in the afternoon when circumstances permit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitting and talking to someone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitting quietly after lunch without alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In a car, while stopped for a few minutes in traffic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Epworth Sleepiness scale

0 - 9	NORMAL
10-13	MILD
14 -19	MODERATE
20-23	SEVERE

Seksyen 3: Neurologi dan Muskuloskeletal
Section 3: Neurology and Musculoskeletal

Arahan: Sila tandakan (X) pada ruang berkenaan
Instruction: Please mark (X) in the relevant boxes

- Ya/ Tidak/
Yes No
- 21a. Pernah mengalami serangan epilepsi dalam 10 tahun kebelakangan ini? (Jika tidak, terus ke soalan no.22)
Had any epilepsy attack in the past 10 years? (If the answer is no, proceed to question no.22)
- 21b. Sekiranya "Ya" sila nyatakan tarikh serangan terakhir : _____ / _____ / _____
If the answer is "Yes", please specify the date of the last attack:
- 21c. Menerima rawatan ubatan untuk masalah di atas?
Received treatment for the above problem?
- 21d. Jika "tidak" menerima rawatan ubatan, nyatakan tarikh akhir rawatan : ____ / ____ / ____
If the answer is "No", please specify the last date of treatment:
22. Mempunyai sejarah / tanda / gejala untuk masalah seperti tersenarai di bawah:
Having history / signs / symptoms for conditions listed below:
- 23a. Serangan pening / vertigo dalam 6 bulan lepas?
Dizziness / vertigo in the past 6 months?
- 23b. Penyakit serebrovaskular (Strok / angin ahmar, pendarahan otak) atau rasa kebas dan lemah di tangan/ kaki?
Cerebrovascular Diseases (Stroke, Intra Cranial Hemorrhage) or numbness and weakness in the arms/ legs?
- 23c. Migrain atau sakit kepala yang diiringi dengan masalah lain?
Migraine or headache, associated with other conditions?
- 23d. Kecederaan kepala / leher / tulang belakang?
Injury to the head / neck / spine?
- 23e. Pembedahan di bahagian kepala?
Surgical procedures to the head?
24. Ujian Rhomberg: Normal Abnormal
Rhomberg's Test: Normal Abnormal
25. Sistem Muskuloskeletal: Normal Abnormal, nyatakan:
Musculoskeletal System: Normal Abnormal, specify: _____

Seksyen 4: Kardiovaskular
Section 4: Cardiovascular

Arahan: Sila tandakan (X) pada ruang berkenaan
Instruction: Please mark (X) in the relevant boxes

26. Lokasi Apex Beat : _____
Apex Beat Location:
27. Bunyi jantung: Normal Abnormal
Heart Sounds: Normal Abnormal
28. Murmur: Normal Abnormal, nyatakan:
Murmur: Normal Abnormal, specify: _____

Seksyen 5: Respiratori
Section 5: Respiratory

Arahan: Sila tandakan (X) pada ruang berkenaan
Instruction: Please mark (X) in the relevant boxes

29. Bunyi pernafasan: Normal Abnormal, nyatakan:
Respiratory sounds: Normal Abnormal, specify: _____

Nota: Permohonan tidak diluluskan jika sistem pernafasan adalah abnormal.

Note: Application not approved if there is any abnormality in the respiratory system

Seksyen 6: Diabetis Melitus
Section 6: Diabetes Mellitus

Arahan: Sila tandakan (X) pada ruang berkenaan
Instruction: Please mark (X) in the relevant boxes

- | | Ya/
Yes | Tidak/
No | |
|------|--------------------------|--------------------------|---|
| 30. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pemohon menghidap penyakit Diabetis? (Jika ya perlu lengkapkan bahagian H)
<i>Applicant suffering from Diabetes? (If yes needs to complete section H)</i> |
| 31. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Jika Ya, adakah pemohon mengambil suntikan insulin?
<i>If Yes, is the applicant taking Insulin Injections?</i> |
| 32a. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pernah mengalami episod hipoglisemia dalam masa 6 bulan yang lalu?
<i>Had any hypoglycemic episodes in the past 6 months?</i> |
| 32b. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sekiranya ada mengalami episod hipoglisemia, adakah memerlukan bantuan daripada orang lain semasa episod itu berlaku?
<i>Require assistance from another person during a hypoglycemic episode?</i> |

***Merujuk Kepada Soalan 30 (Seksyen 6)**

H. KEPUTUSAN UJIAN MAKMAL BAGI PESAKIT DIABETES DALAM RAWATAN
LABORATORY TESTS RESULTS OF DIABETIC PATIENTS ON TREATMENT

HbA1c : _____ mmol/L

Nota: Keputusan ujian HbA1c terkini perlu didapatkan daripada doktor yang merawat.
Note: Latest HbA1c test results to be obtained from the treating doctor.

PANDUAN MENGISI BORANG PERMOHONAN LESEN VOKASIONAL (JPJ L8A)

PERHATIAN:

- (i) Borang ini perlu diisi apabila:
- anda memohon lesen vokasional baru
 - anda memperbaharui lesen vokasional
 - anda menambah kelas lesen vokasional
 - permohonan rayuan lesen memandu tamat tempoh lesen vokasional
- (ii) Gunakan **SATU borang** untuk **SATU jenis transaksi** sahaja.
- (iii) Tulis dengan terang dan jelas, gunakan **HURUF BESAR**.

Panduan mengisi borang di BAHAGIAN A : Jenis Permohonan

Gunakan kod berikut dan pilih satu sahaja:

KENDERAAN PERKHIDMATAN AWAM		KENDERAAN BARANGAN		KONDUKTOR	
02	Permohonan Lesen Baharu	01	Permohonan Lesen Baharu	03	Permohonan Lesen Baharu
12	Pembaharuan Lesen	11	Pembaharuan Lesen	13	Pembaharuan Lesen
22	Tambah Lesen	21	Tambah Lesen	33	Salinan Lesen
32	Salinan Lesen	31	Salinan Lesen	63	Baharui dan Salinan Lesen
52	Baharui dan Tambah Kelas Lesen	51	Baharui dan Tambah Kelas Lesen		
62	Baharui dan Salinan Lesen	61	Baharui dan Salinan Lesen		
66	Tambah Kelas dan Salinan Lesen	65	Tambah Kelas dan Salinan Lesen		
69	Baharui dan Tambah Kelas dan Salinan Lesen	68	Baharui dan Tambah Kelas dan Salinan Lesen		



PEMERIKSAAN KESIHATAN
PERMOHONAN LESEN VOKASIONAL

(JPJ L8A)

I. PENGESAHAN KELAYAKAN (untuk dilengkapkan oleh pengamal perubatan yang memeriksa pemohon)
CERTIFICATION OF FITNESS (to be completed by the attending medical practitioner)

Saya dengan ini mengesahkan bahawa saya telah memeriksa pemohon

I hereby declare that I have examined applicant (Nama Pemohon / Name of applicant)

No. Kad Pengenalan: _____ dan mendapati pemohon ini adalah:

NRIC: _____ and certify he/ she :

Layak untuk memohon lesen memandu vokasional
Fit to apply for vocational driving license

Tidak layak untuk memohon lesen memandu vokasional
Unfit to apply for vocational driving license

Tidak layak untuk memohon lesen memandu vokasional untuk sementara
Temporarily unfit to apply for vocational driving license
Dirujuk kepada:
Referral to :

Diagnosis: _____

Catatan: _____

Tandatangan Dan Cop Rasmi:
Signature And Official Stamp:

No. Pendaftaran Klinik:
Clinic Registration No.:

Nama Pengamal Perubatan:
Name of Medical Practitioner:

Bayaran Yang Dikenakan:
Payment Being Charged:

No. Pendaftaran Penuh:
Full Registration Number:

No. Resit:
Receipt No.:

Tarikh:
Date:

NOTA:

- (i) Hanya pengesahan (Bahagian I atau J) perlu dikemukakan kepada Jabatan Pengangkutan Jalan (JPJ)
- (ii) Pemohon yang menerima pengesahan "*Tidak layak untuk memohon lesen memandu vokasional untuk sementara*" pada Bahagian I hendaklah membuat pemeriksaan kesihatan semula bagi mendapatkan pengesahan di Bahagian J
- (iii) Pemohon Orang Kelainan Upaya (OKU) yang memegang Lesen CDL D/DA sahaja hanya layak memohon lesen PSV (Teksi/ Kereta Sewa/ Teksi Mewah/ E-Hailing)
- (iv) Sila sertakan resit bayaran yang asal.



PEMERIKSAAN KESIHATAN
PERMOHONAN LESEN VOKASIONAL

(JPJ L8A)

J. PENGESAHAN KELAYAKAN SELEPAS INTERVENSI (untuk dilengkapkan oleh pengamal perubatan yang memeriksa pemohon)

CERTIFICATION OF FITNESS AFTER INTERVENTION (to be completed by the attending medical practitioner)

Saya dengan ini mengesahkan bahawa saya telah memeriksa pemohon _____

I hereby declare that I have examined applicant (Nama Pemohon / Name of applicant)

No. Kad Pengenalan: _____ dan mendapati pemohon ini adalah:

NRIC: _____ and certify he/ she :

Layak untuk memohon lesen memandu vokasional
Fit to apply for vocational driving license

Tidak layak untuk memohon lesen memandu vokasional
Unfit to apply for vocational driving license

Diagnosis: _____

Catatan: _____

Tandatangan Dan Cop Rasmi:
Signature And Official Stamp:

No. Pendaftaran Klinik:
Clinic Registration No.:

Nama Pengamal Perubatan:
Name of Medical Practitioner:

Bayaran Yang Dikenakan:
Payment Being Charged:

No. Pendaftaran Penuh:
Full Registration Number:

No. Resit:
Receipt No.:

Tarikh:
Date:

NOTA:

- (i) Hanya pengesahan (Bahagian I atau J) perlu dikemukakan kepada Jabatan Pengangkutan Jalan (JPJ)
- (ii) Pemohon yang menerima pengesahan "*Tidak layak untuk memohon lesen memandu vokasional untuk sementara*" pada Bahagian I hendaklah membuat pemeriksaan kesihatan semula bagi mendapatkan pengesahan di Bahagian J
- (iii) Pemohon Orang Kelainan Upaya (OKU) yang memegang Lesen CDL D/DA sahaja hanya layak memohon lesen PSV (Teksi/ Kereta Sewa/ Teksi Mewah/ E-Hailing)
- (iv) Sila sertakan resit bayaran yang asal