



**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
- (vi) Bayaran maksima pemeriksaan kesihatan yang dibenarkan bagi setiap pemeriksaan untuk seorang ialah RM80.00

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

**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 <sup>2</sup> <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"/>	Diploopia <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:*

- a) Mempunyai masalah Nampak dua imej, rabun warna atau rabun malam  
*Has diplopia, colour blindness or night blindness*
- b) 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*
- c) 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*
- d) 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>				
a) Kebolehan mendengar bisikan <i>Ability to hear whisper</i>				
b) Dengan telinga bertentangan ditutup <i>With opposite ear occluded</i>				
c) Dalam bilik senyap <i>In a quiet room</i>				
d) 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 diatas?  
*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/<br>Yes               | Tidak/<br>No             |   |
|------|--------------------------|--------------------------|---|
| 30.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pemohon menghidap penyakit Diabetis? (Jika <b>ya</b> perlu lengkapkan bahagian <b>H</b> )<br><i>Applicant suffering from Diabetes? (If <b>yes</b> needs to complete section <b>H</b>)</i>             |
| 31.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Jika Ya, adakah pemohon mengambil suntikan insulin?<br><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?<br><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?<br><i>Require assistance from another person during a hypoglycemic episode?</i> |

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

**H. UJIAN MAKMAL (untuk dilengkapkan oleh pengamal perubatan yang memeriksa pemohon)**  
**LABORATORY TESTS (to be completed by the medical practitioner)**

Ujian darah untuk Diabetis Mellitus  
 Blood test for Diabetes Mellitus

HbA1c : \_\_\_\_\_ mmol/L

**Nota: Bagi pemohon yang mempunyai penyakit Diabetis Mellitus keputusan ujian HbA1c diperlukan daripada doktor yang merawat.**  
**Note: For applicants suffering from Diabetes Mellitus HbA1c test results are required 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