



Majlis Perbandaran Kluang  
Wisma Majlis Perbandaran Kluang  
Jalan Kota Tinggi  
86000 Kluang  
Johor Darul Takzim

No. Tel : 07-7771401  
No. Fax : 07-7713209

**BAHAGIAN A (Untuk diisi oleh Pemohon)**

GAMBAR  
WARNA  
BERUKURAN  
KAD  
PENGENALAN

Nama Penuh : \_\_\_\_\_  
No. Kad Pengenalan : \_\_\_\_\_  
Tarikh Lahir : \_\_\_\_\_  
Tempat Lahir : \_\_\_\_\_  
Jantina : \_\_\_\_\_

Kerakyatan : \_\_\_\_\_ Pekerjaan : \_\_\_\_\_

Bangsa : \_\_\_\_\_ Alamat Tempat Bertugas : \_\_\_\_\_

Agama : \_\_\_\_\_

Taraf Perkahwinan : \_\_\_\_\_

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

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

Jarak perjalanan dari tempat tinggal ke Majlis Perbandaran Kluang : \_\_\_\_\_ km

Pengalaman Badan Beruniform (Sila nyatakan sekiranya anda pernah atau masih menyertai mana-mana badan sukarela, pertubuhan dan sebagainya :

Kemahiran / Kepakaran

Taraf Kesihatan (Sila nyatakan sekiranya anda pernah atau sedang menghadapi penyakit lemah jantung, darah tinggi atau lain-lain penyakit) :

Insurans (Sila nyatakan sekiranya anda telah mendaftar di mana-mana Syarikat Insurans :

Waris untuk dihubungi (Sekiranya berlaku kecemasan) : \_\_\_\_\_ Hubungan : \_\_\_\_\_

Saya mengesahkan bahawa segala keterangan di dalam borang permohonan ini adalah benar.

.....  
Tandatangan Pemohon

Tarikh : .....

PERMOHONAN INI DILULUSKAN / TIDAK DILULUSKAN

.....  
Nama Pegawai yang meluluskan :

Tarikh : .....