



NO SIRI : FD

MAJLIS BANDARAYA ISKANDAR PUTERI  
81300 SKUDAI, JOHOR  
E-mel: [pelesenan@mbip.gov.my](mailto:pelesenan@mbip.gov.my) 07-5555028

**BORANG PERMOHONAN KEBENARAN MENJALANKAN AKTIVITI PENGHANTARAN MAKANAN  
(FOOD DELIVERY)**

**1.0 BUTIR-BUTIR PEMOHON**

Nama Pemohon	
No. Kad Pengenalan	
Alamat Rumah / Syarikat	
Jenis Kenderaan	
No. Pendaftaran	
No. Telefon	
Alamat E-Mail	

**2.0 SYARAT-SYARAT YANG PERLU DIPATUHI :**

- 2.1 Warganegara Malaysia
- 2.2 Salinan kad pengenalan
- 2.3 Satu (1) keping gambar berukuran pasport
- 2.4 Salinan geran kenderaan & lesen memandu
- 2.5 Surat perakuan ujian saringan kesihatan di Klinik Kesihatan Kerajaan atau Klinik Swasta perlu dilampirkan bersama permohonan ini
- 2.6 Menggunakan penutup mulut dan sarung tangan ketika menjalankan penghantaran makanan
- 2.7 Mempunyai dan menggunakan *hand-sanitizer* pada sepanjang masa beroperasi
- 2.8 Waktu beroperasi adalah dari jam 8.00 pagi hingga 8.00 malam sahaja
- 2.9 Hanya seorang pemandu/penghantaran makanan dalam kenderaan yang digunakan semasa penghantaran (motosikal/kereta/van)
- 2.10 Jarak penghantaran makanan adalah dihadkan tidak melebihi 10km dari premis beroperasi
- 2.11 Kelulusan ini adalah berkuatkuasa mulai 21 April 2020 sehingga tamat Tempoh Perintah Kawalan Pergerakan (PKP)

Saya mengaku akan mematuhi segala syarat-syarat yang ditetapkan oleh Datuk Bandar/Yang Dipertua (nama PBT) dari masa ke semasa.

.....  
(Tandatangan Pemohon)

Tarikh.....

**3.0 UNTUK KEGUNAAN PEJABAT**

**ULASAN PEGAWAI KESIHATAN / PENOLONG PEGAWAI KESIHATAN PERSEKITARAN**

DISOKONG / TIDAK DISOKONG

---

---

---

TANDATANGAN :

TARIKH :

**ULASAN DATUK BANDAR**

SETUJU DIDAFTARKAN/ TIDAK SETUJU DIDAFTARKAN

---

---

---

TANDATANGAN :

TARIKH :



_____	} NAMA, ALAMAT & NO. TELEFON KLINIK
_____	
_____	
_____	

## SARINGAN PEMERIKSAAN KESIHATAN

NAMA : \_\_\_\_\_

NO. KAD PENGENALAN : \_\_\_\_\_

NO. TELEFON : \_\_\_\_\_

RISIKO DALAM MASA 14 HARI (TANDAKAN /)	YA	TIDAK
Adakah anda baru pulang dari melawat luar negara dalam masa 14 hari? Jika YA, Nyatakan Negara dilawati : _____		
Adakah anda ada KONTAK RAPAT dengan individu DISAHKAN positif COVID-19?		

SIMPTOM		
Adakah anda mempunyai gejala seperti berikut:	YA	TIDAK
• DEMAM		
• BATUK		
• SAKIT TEKAK		
• SELESEMA		
• SESAK NAFAS		

PEMERIKSAAN KESIHATAN	
Tekanan Darah (mmHg)	
Suhu Badan	

ULASAN PEGAWAI PERUBATAN

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tandatangan Pesakit

Tandatangan Pegawai Perubatan

\_\_\_\_\_

NAMA:  
NO. K/P:

\_\_\_\_\_

NAMA & COP:  
TARIKH: