Velaanaage,11th Floor
AmeerAhmadMagu,Male’
ވޯރކްޕާމިޓް މެޑިކަލް އެގްޒަމިނޭޝަން ގެ ޙިދުމަތް ދޭ ފަރާތްތަކުން ރަޖިސްޓްރީ ވާން އެދޭ ފޯމް
WORKPERMIT MEDICAL EXAMINATION PROVIDER REGISTRATION FORM
ރަޖިސްޓްރީކުރާ ކްލިނިކް / ހޮސްޕިޓަލް އާ ބެހޭ މައުލޫމާތު
Entity Information:
ވިޔަފާރި ޝަހުސުގެ ނަން:
Business Entity Name:
ރަޖިސްޓްރީ ނަމްބަރު:
Registration Number:
ކްލިނިކް / ހޮސްޕިޓަލް ގެ ނަން:
Clinic/Hospital Name:
ވޯރކްޕާމިޓް މެޑިކަލް އިންވެސްޓިގޭޝަން
ރަޖިސްޓްރޭޝަން ސެޓްފިކެޓް ނަމްބަރު:
Work Permit Medical
Investigation Registration
Certificate Number:
ކްލިނިކް ރަޖިސްޓްރީ ކޮށްފައިވާ
އެޑްރެސް:
Registered Address of the
Clinic:
ގޭގެ އިމާރާތުގެ ނަން:
House/ Building Name:
އަތޮލު: ރަށް:
Island: Atoll:
އަވަށް: މަގު:
Street: District:

Velaanaage,11th Floor
AmeerAhmadMagu,Male’
ގުޅަންޖެހޭ ފަރާތް:
Contact person:
ނަން:
Name:
އައި.ޑީ ކާޑް ނަންބަރު:
National ID Card Number:
މަގާމް:
Designation:
މޯބައިލް ނަމްބަރު:
Mobile Number:
އީ-މެއިލް އެޑްރެސް:
E-Mail Address:
ވެބްސައިޓް:
Website:
ވެރިފަރާތުގެ މައުލޫމާތު:
Owner’s Declaration:
މި އެޕްލިކޭޝަންގައި ބަޔާންކޮށްފައިވާ މަޢުލޫމާތުތަކަކީ ތެދު އަދި ސައްހަ މަޢުލޫމާތު ކަމަށް އަޅުގަނޑު އިޤްރާރުވަމެވެ.
I hereby declare that the information given in this application is true and correct
ފުރިހަމް ނަން: ސްޓޭމްޕް:
Stamp: Full
Name:
ސޮއި: ތާރީޙް:
Date: Signature:
ފޯމް އާއި އެކު ހުށަހަޅަންޖެހޭ ލިޔެކިއުންތައް:
1. މިނިސްޓްރީ އޮފް ހެލްތް އިން ދޫކޮށްފައިވާ ވޯރކްޕާމިޓް މެޑިކަލް އިންވެސްޓިގޭޝަން ރެޖިސްޓްރޭޝަން ސެޓްފިކެޓް ކޮޕީ
2. ކްލިނިކް ރެޖިސްޓްރޭޝަން ކޮޕީ