



**The Maldives National University**  
 Rahdhebai Higon, Machchangolhi, Male', Maldives.  
 Phone: 3345406, 3345405; Fax: 3344093

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

ދިވެހިރާއްޖޭގެ ޖުމްހޫރިއްޔާ ގުޅިގެން ދިވެހިރާއްޖޭގެ ސަރުކާރުގެ ފަރާތުން ދިވެހިރާއްޖޭގެ ސަރުކާރުގެ ފަރާތުން ދިވެހިރާއްޖޭގެ ސަރުކާރުގެ ފަރާތުން  
 3344093 : ފަންޓެކް 3345405 ، 3345406 : ފަންޓެކް

## Application For Short-Term Trainings

މި ފޮރމުގައި ފުރުޞަތު ހޯދައިދޭ ޕްރޮގްރާމްތަކުގެ ބަޔާން ހިމެނޭ ގޮތަށް ފުރުޞަތު ހޯދައިދޭ ޕްރޮގްރާމްތަކުގެ ބަޔާން ހިމެނޭ ގޮތަށް ފުރުޞަތު ހޯދައިދޭ ޕްރޮގްރާމްތަކުގެ ބަޔާން ހިމެނޭ ގޮތަށް

### Your personal details

މި ފޮރމުގައި ފުރުޞަތު ހޯދައިދޭ ޕްރޮގްރާމްތަކުގެ ބަޔާން ހިމެނޭ ގޮތަށް

Full name	<input type="text"/>	ފަންޓެކް ނަންމު
Current Address	<input type="text"/>	މިހާރުގެ ރިހާޔަތުގެ ބަޔާން
Record Card Number	<input type="text"/>	ފަންޓެކް ނަންމުގެ ނަންބަރު
Contact Phone Number	<input type="text"/>	މި ފޮރމުގައި ފުރުޞަތު ހޯދައިދޭ ޕްރޮގްރާމްތަކުގެ ބަޔާން
Faculty/Center/Campus	<input type="text"/>	ފަންޓެކް ނަންމުގެ ނަންބަރު
National ID Card No	<input type="text"/>	މި ފޮރމުގައި ފުރުޞަތު ހޯދައިދޭ ޕްރޮގްރާމްތަކުގެ ބަޔާން
Designation	<input type="text"/>	މި ފޮރމުގައި ފުރުޞަތު ހޯދައިދޭ ޕްރޮގްރާމްތަކުގެ ބަޔާން

### Training/Workshop Details

މި ފޮރމުގައި ފުރުޞަތު ހޯދައިދޭ ޕްރޮގްރާމްތަކުގެ ބަޔާން ހިމެނޭ ގޮތަށް

Program Name	<input type="text"/>	މި ފޮރމުގައި ފުރުޞަތު ހޯދައިދޭ ޕްރޮގްރާމްތަކުގެ ބަޔާން
Job Description	<input type="text"/>	މި ފޮރމުގައި ފުރުޞަތު ހޯދައިދޭ ޕްރޮގްރާމްތަކުގެ ބަޔާން
Benefits of this training	<input type="text"/>	މި ފޮރމުގައި ފުރުޞަތު ހޯދައިދޭ ޕްރޮގްރާމްތަކުގެ ބަޔާން

### Declaration

މި ފޮރމުގައި ފުރުޞަތު ހޯދައިދޭ ޕްރޮގްރާމްތަކުގެ ބަޔާން

1. I assure that I will be attending this training and be punctual for all the session.  
 2. I understand that I have to inform HR Section 03 days before the commencement date of the training, If i might not be able to attend.

Date:  Signature:

Please Check  You have filled in all necessary details

### Approval

މި ފޮރމުގައި ފުރުޞަތު ހޯދައިދޭ ޕްރޮގްރާމްތަކުގެ ބަޔާން

To be filled by the Supervisor

Request for Training is:  Approved /  Not approved

Head of the Faculty/Center/Campus/CA:

Name:  Signature:

Date:

Entry:

### ACTION COMPLETED – OFFICE USE ONLY

Received by HR:	Date	Time	Form complete: Yes / No
Date staff notified of result:	Letter reference:	Record amended by:	Date