



The Maldives National University

Rahdhebai Hingun, Machchangolhi, Male', Maldives.

Phone 3345155; Fax: 3315411

Application to Change Course/Specialization/Campus

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

ދިވެހިރާއްޖޭގެ ޖުމްހޫރީ ޖިނިއަރުކަން ޖަލްސާ

ސަރުކާރުގެ ސަރުކާރުގެ ޖުމްހޫރީ ޖިނިއަރުކަން ޖަލްސާ

ފުނު: 3345155 ފެކްސް: 3315411

ދިވެހިރާއްޖޭގެ ޖުމްހޫރީ ޖިނިއަރުކަން ޖަލްސާ

C10

Your personal details

އިތުރު ފަންޖަރު ފޯމް ފުރިހަމަކުރުމަށް ފަސޭހަވާނެ ގޮތަށް ފުރިހަމަކުރުމަށް ފަސޭހަވާނެ ގޮތަށް

Full Name	<input type="text"/>	ފުރިހަމަ ނަންމު
Student Number	<input type="text"/>	ޖަލްސާގެ ނަންބަރު
Permanent Address	<input type="text"/>	ދިއުމަށް ފަސޭހަވާނެ ގޮތަށް
Present Contact Address	<input type="text"/>	ފަހުގެ ޖަލްސާގެ ނަންބަރު
Contact Phone Numbers	<input type="text"/>	ފޯމް ފަންޖަރު ފޯމް ފުރިހަމަކުރުމަށް ފަސޭހަވާނެ ގޮތަށް

Existing Course details

ފަހުގެ ޖަލްސާގެ ނަންބަރު ފޯމް ފަންޖަރު ފޯމް ފުރިހަމަކުރުމަށް ފަސޭހަވާނެ ގޮތަށް

Course Name	<input type="text"/>	ފަހުގެ ޖަލްސާގެ ނަންބަރު
Specializing subject(s) or major	<input type="text"/>	ފަހުގެ ޖަލްސާގެ ނަންބަރު ފޯމް ފަންޖަރު ފޯމް ފުރިހަމަކުރުމަށް ފަސޭހަވާނެ ގޮތަށް
Faculty/Centre	<input type="text"/>	ފަހުގެ ޖަލްސާގެ ނަންބަރު
Campus	<input type="text"/>	ފަހުގެ ޖަލްސާގެ ނަންބަރު

Proposed change details

ފަހުގެ ޖަލްސާގެ ނަންބަރު ފޯމް ފަންޖަރު ފޯމް ފުރިހަމަކުރުމަށް ފަސޭހަވާނެ ގޮތަށް

Course Name	<input type="text"/>	ފަހުގެ ޖަލްސާގެ ނަންބަރު
Specializing subject(s) or major	<input type="text"/>	ފަހުގެ ޖަލްސާގެ ނަންބަރު ފޯމް ފަންޖަރު ފޯމް ފުރިހަމަކުރުމަށް ފަސޭހަވާނެ ގޮތަށް
Faculty/Centre	<input type="text"/>	ފަހުގެ ޖަލްސާގެ ނަންބަރު
Campus	<input type="text"/>	ފަހުގެ ޖަލްސާގެ ނަންބަރު

Reason for change

ފަހުގެ ޖަލްސާގެ ނަންބަރު ފޯމް ފަންޖަރު ފޯމް ފުރިހަމަކުރުމަށް ފަސޭހަވާނެ ގޮތަށް

State clearly and briefly why you wish to change

ފަހުގެ ޖަލްސާގެ ނަންބަރު ފޯމް ފަންޖަރު ފޯމް ފުރިހަމަކުރުމަށް ފަސޭހަވާނެ ގޮތަށް

Declaration

ފަހުގެ ޖަލްސާގެ ނަންބަރު

1. I declare that all the information given in this form is accurate and true to the best of my knowledge.

2. I agree to pay any additional fees (if any) for the Course, Specialization or Campus now proposed.

3. I understand that there will be no change of my Course, Specialization or Campus until the University approves the proposed changes.

Date ޖަލްސާގެ ނަންބަރު

Signature ފަހުގެ ޖަލްސާގެ ނަންބަރު

Recommendation of the Faculty/Department

توصیه / توصیه های دانشجویی / توصیه های اساتید / توصیه های مدیران

توجه: اگر توصیه های دانشجویی / توصیه های اساتید / توصیه های مدیران درگیر در این فرم بیشتر از یک دانشکده / دانشکده / دانشکده است، توصیه ها **باید** از همه آنها گرفته شود.

Note that where more than one faculty/department is involved, recommendations **MUST** be obtained from all of them.

To be filled by the Faculty/Department currently enrolled

توسط دانشکده / دانشکده / دانشکده در حال ثبت نام

1. انقضای این فرم باعث ایجاد هیچ گونه مشکل و یا اختلالی در تدریس این درس نخواهد بود.

The withdrawal of this student from the enrolled course will not cause any difficulty in conducting the course effectively.

Yes **بله**

No **خیر**

Head of Faculty or Centre / Course Co-ordinator

Stamp مهر

Name نام

Signature امضاء

Date تاریخ

To be filled by the Faculty/Department to be enrolled

توسط دانشکده / دانشکده / دانشکده در حال پذیرش

1. این دانشجو واجد شرایط تحصیل در این درس است.

The student is eligible to study in the course he/she has applied for.

Yes **بله**

No **خیر**

2. در مشورت با اساتید / مدیران / اساتید این درس، تغییرات پیشنهادی در این فرم عبارتند از:

In consultation with the subject lecturers / course coordinators, the changes proposed on this form are

Recommended **توصیه شده**

Not recommended **توصیه نشده**

Head of Faculty or Centre / Course Co-ordinator

Stamp مهر

Name نام

Signature امضاء

Date تاریخ

Advisor ID شماره راهنما

ACTION COMPLETED – OFFICE USE ONLY

Received by:	Date:	Form complete: Yes / No	Existing course details correct: Yes / No
Change approved by:	Date student notified of result:	Record amended by:	Date:
Date Faculty/Centre notified:	Notification reference:		