



Full Name and Address ފުރިހަމަ ނަންމާއި ބަންދު

Date of Birth ފޯމިއުލޭޝަން ދުވަހު ރަސްމީ ގޮތުން ފުރިހަމަކުރާ ގޮތުގައި ފަންނަ ފުރިހަމަކުރާ ގޮތުގައި ފަންނަ ފަންނަ

Nationality

Telephone No. ފޯމިއުލޭޝަން ދުވަހު ރަސްމީ ގޮތުން ފުރިހަމަކުރާ ގޮތުގައި ފޯމިއުލޭޝަން ދުވަހު ރަސްމީ ގޮތުން ފުރިހަމަކުރާ ގޮތުގައި

Email Address ފޯމިއުލޭޝަން ދުވަހު ރަސްމީ ގޮތުން ފުރިހަމަކުރާ ގޮތުގައި

Faculty/Centre ފަންނަ ފުރިހަމަކުރާ ގޮތުގައި

Staff ފަންނަ ފުރިހަމަކުރާ ގޮތުގައި Student ފަންނަ ފުރިހަމަކުރާ ގޮތުގައި

Staff Record no. ފަންނަ ފުރިހަމަކުރާ ގޮތުގައި Student ID ފަންނަ ފުރިހަމަކުރާ ގޮތުގައި

Position ފަންނަ ފުރިހަމަކުރާ ގޮތުގައި Course name ފަންނަ ފުރިހަމަކުރާ ގޮތުގައި

Kindly specify any medical history that you may have:

I hereby agree to abide by the gym rules. ބަންދު ގަވާއިދުތަކާ ހަމަޖެހިގެން ދިއުމަށް ބޭނުންވާ ގޮތުގައި ބަންދު ގަވާއިދުތަކާ ހަމަޖެހިގެން ދިއުމަށް ބޭނުންވާ ގޮތުގައި

I understand that any violation of the rules may result in the revocation of my access privileges and/or disciplinary action maybe taken. ބަންދު ގަވާއިދުތަކާ ހަމަޖެހިގެން ދިއުމަށް ބޭނުންވާ ގޮތުގައި ބަންދު ގަވާއިދުތަކާ ހަމަޖެހިގެން ދިއުމަށް ބޭނުންވާ ގޮތުގައި

Date ފަންނަ ފުރިހަމަކުރާ ގޮތުގައި Signature ފަންނަ ފުރިހަމަކުރާ ގޮތުގައި

FOR OFFICIAL USE ONLY ފަންނަ ފުރިހަމަކުރާ ގޮތުގައި

Member No: ފަންނަ ފުރިހަމަކުރާ ގޮތުގައި

Amount received: ފަންނަ ފުރިހަމަކުރާ ގޮތުގައި

Signature ފަންނަ ފުރިހަމަކުރާ ގޮތުގައި Date ފަންނަ ފުރިހަމަކުރާ ގޮތުގައި

Received by: ފަންނަ ފުރިހަމަކުރާ ގޮތުގައި

Receipt No: ފަންނަ ފުރިހަމަކުރާ ގޮތުގައި

Stamp ފަންނަ ފުރިހަމަކުރާ ގޮތުގައި

