



Your Personal Details

އިތުރު މަޢުލޫމާތު ދޭން

Full name	<input type="text"/>			ފަނޑުވަނަ ނަންމު
Record Card Number	<input type="text"/>	ޖަދުވަލުގެ ނަންބަރު	Designation	<input type="text"/>
Contact Phone Number	<input type="text"/>	ފޯން ނަންބަރު	Faculty/Center/Campus	<input type="text"/>

About the Course/Training/Conference or Purpose of visit

ކަންކަން ބަޔާންކުރުމަށް ފޯމުގައި ފުރުޞަތު ހުޅުވާލެވިފައިވާ ގޮތުގައި

Course/Conference/Training Name:	<input type="text"/>			ކަންކަން ބަޔާންކުރުމަށް ފޯމުގައި ފުރުޞަތު ހުޅުވާލެވިފައިވާ ގޮތުގައި
Curriculum	<input type="text"/>	ކަންކަން ބަޔާންކުރުމަށް ފޯމުގައި ފުރުޞަތު ހުޅުވާލެވިފައިވާ ގޮތުގައި	Country	<input type="text"/>
Level	<input type="text"/>	ފަންވަތް	Mode	<input type="text"/>

Leave Details

އިތުރު މަޢުލޫމާތު ދޭން

Documentary evidence will be needed for all leave.

(Professional Development) (max: 60 hrs) ދަންނަވާ ގަޑިއަދު: 60 ގަޑިއަދުގެ ތެރޭގައި

Study Leave ސަބަބު ހުއްދަ

Duty Travel ދަންނަވާ ގަޑިއަދު

Commencing Date : ފަށަލައިގެ ތާރީޚު

Concluding Date: : ނިންމާލައިގެ ތާރީޚު

No. of Working Days ދަންނަވާ ދަންނަވާ ދަންނަވާ ދަންނަވާ ދަންނަވާ

Please supply details if applying for Study Leave/Duty Travel

Declaration

އިތުރު މަޢުލޫމާތު ދޭން

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

2. I understand that approval of leave is subject to confirmation of entitlement.

3. I understand that leave is not effective until leave chit is issued.

Date: ތާރީޚު

Signature: ސަފްޞަފާ

Approval

އިތުރު މަޢުލޫމާތު ދޭން

To be filled by the Faculty / Centre

Request for Training is ފަނޑުވަނަ ނަންމު ފަނޑުވަނަ ނަންމު

Approved ފަނޑުވަނަ ނަންމު

Not approved ފަނޑުވަނަ ނަންމު

Head of the Faculty/Center/Supervisor ފަނޑުވަނަ ނަންމު

Name ނަންމު

Date: ތާރީޚު

Signature ސަފްޞަފާ

Stamp

ACTION COMPLETED – OFFICE USE ONLY

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