ދަރިވަރުންގެ ދިވެހާ ބެލުމުގެ ފޯމް

STUDENT MEDICAL REPORT FORM

ޕީ.ޕީ. ފެންވަރުގެ ދަރުސް ދިނުމުގެ ބައި

ހިސާރުގެ ކުރިއަށް ގެންދާ ބައި

ފ.ދ، ދިވެހިރާއްޖެ

National Center for the Holy Quran

YOUR PERSONAL DETAILS

ތިބާގެ ފާސްކޮށްދިނުމުގެ ތަފާސް

Full Name _____ ފުރިހަނަ ނަން

Student No _____ ދަރިވަރުގެ ނަންބަރު

National ID No _____ ދ.ބ.ހ. ކާޑު ނަންބަރު

Permanent Address _____ ދާއިމީ އެޑްރެސް

Present Address _____ ހާލުގައި ތިބޭ އެޑްރެސް

Contact Phone numbers / E-mail Address _____ ފޯނު ނަންބަރު / ބ.ޓެ.ވ. އެޑްރެސް

Medical Report (to be filled by the Doctor)

ދިވެހާ ބެލުމުގެ (ޑާކްޓަރުން ފުރިހަމަ)

Patient consulted date(s) _____ ފާސްކުރި ފަރާތުން ބަލައިގަތް ތާރީޚު(ތާރީޚުތައް)

Patient's illness / unfitness

ތާއީދު ކުރާ ބަލި ނުވަތަ ތަންދުރުސްތީ

Doctor's opinion

ޑާކްޓަރުގެ ދެކޮޅު

Full Name _____ ނަން:

Address _____ އެޑްރެސް:

Contact details _____ ފުރިހަނަ ނަންބަރު:

ފަސްކުރަން އެދޭ އިމްތިޙާނުތައް (ދަރިވަރު ފުރުމަށް)

ކާޑުގެ ނަން: ______________________________

ކާޑުގެ ނަމްބަރު: ______________________ މަރުކަޒު / ގޮތި: ______________________

ދެވަނަ ދައުރުގެ މަރުކަޒުން ބޭނުންވާ ފަސްކުރަން އެދޭ އިމްތިޙާނުތަކާ ބެހޭ މަޢުލޫމާތު

އިދާރީ ބޭނުމަށް

މާއްދާގެ ނަމްބަރު	މާއްދާގެ ނަން	ޖުޒުތަކުގެ ނަންބަރު	ސުވާލު ކަރުދާހުގައިވާ ތާރީޚު	ސުވާލު ކަރުދާހުގައިވާ ގަޑި	ހުއްދަދިން

އިޤްރާރު

އަޅުގަނޑު މިދެއްވައި ހުރިހާ މަޢުލޫމާތަކީ ތެދު މަޢުލޫމާތެވެ.

ސޮއި ______________________ ތާރީޚު ______________________

އިދާރީ ބޭނުމަށް

ފޯމު ބަލައިގަތް މުވައްޒަފުގެ ނަން: ______________________

ފޯމު ބަލައިގަތް ތާރީޚު: ______________________

ސޮއި: ______________________

ގޮތް ނިންމި ފަރާތުގެ ނަމާއި ސޮއި: ______________________

ދަރިވަރަށް ނަތީޖާގެ މަޢުލޫމާތު ދެވުނު ތާރީޚު: ______________________

ސިޓީގެ ރިފަރެންސް ނަންބަރު: ______________________

މަރުކަޒުގެ ރަސްމީ ތައްގަނޑު