

Ministry of Health Male', Maldives		ޕްރޮޓެކްޝަން ޖެނެރަލް ޑިވިޒަން ސަރުކާރުގެ ސިއްހަތު ޖެނެރަލް ޑިވިޒަން
ސިއްހަތު ޖެނެރަލް ޑިވިޒަން ގެ ސަރުކާރުގެ ސިއްހަތު ޖެނެރަލް ޑިވިޒަން ގެ ސަރުކާރުގެ ސިއްހަތު ޖެނެރަލް ޑިވިޒަން Health Facility Registration and Licensing Form		

Requested Service	މަސައްދާ ޖެނެރަލް ޑިވިޒަން
Tick as appropriate <input checked="" type="checkbox"/>	ފުރުޞަތު ހޯދައިދޭ ޖެނެރަލް ޑިވިޒަން <input checked="" type="checkbox"/>
1. For health facility registration (Please fill Section A of the form)	1. ސިއްހަތު ޖެނެރަލް ޑިވިޒަން ގެ ސަރުކާރުގެ ސިއްހަތު ޖެނެރަލް ޑިވިޒަން ގެ ސަރުކާރުގެ ސިއްހަތު ޖެނެރަލް ޑިވިޒަން (ފޯމުގެ ސެކްޝަން A ފުރިހަމަކުރیں)
2. For operating license of health facility (Please fill Section B of the form)	2. ސިއްހަތު ޖެނެރަލް ޑިވިޒަން ގެ ސަރުކާރުގެ ސިއްހަތު ޖެނެރަލް ޑިވިޒަން ގެ ސަރުކާރުގެ ސިއްހަތު ޖެނެރަލް ޑިވިޒަން (ފޯމުގެ ސެކްޝަން B ފުރިހަމަކުރیں)

Section A	ސެކްޝަން A
Health Facility Registration	ސިއްހަތު ޖެނެރަލް ޑިވިޒަން ގެ ސަރުކާރުގެ ސިއްހަތު ޖެނެރަލް ޑިވިޒަން ގެ ސަރުކާރުގެ ސިއްހަތު ޖެނެރަލް ޑިވިޒަން

Tick as appropriate <input checked="" type="checkbox"/>		ފުރުޞަތު ހޯދައިދޭ ޖެނެރަލް ޑިވިޒަން <input checked="" type="checkbox"/>	
Registration Renewal	<input type="checkbox"/>	New Registration	<input type="checkbox"/>
Address Change	<input type="checkbox"/>	Registration lost/damaged	<input type="checkbox"/>
		Ownership changing	<input type="checkbox"/>
Other			
Registration number (if already registered)		މަސައްދާ ޖެނެރަލް ޑިވިޒަން ގެ ސަރުކާރުގެ ސިއްހަތު ޖެނެރަލް ޑިވިޒަން (ނަންބަރު ހޯދައިދޭ ޖެނެރަލް ޑިވިޒަން)	

Details of Applicant		މަސައްދާ ޖެނެރަލް ޑިވިޒަން ގެ ސަރުކާރުގެ ސިއްހަތު ޖެނެރަލް ޑިވިޒަން	
1. Sole proprietor		1. ޖެނެރަލް ޑިވިޒަން ގެ ސަރުކާރުގެ ސިއްހަތު ޖެނެރަލް ޑިވިޒަން <input type="checkbox"/>	
Full Name:		ފުލް ނަންމް:	
NID card No.:		ނިޔަންކަން ޕްލާން ނަންބަރު:	
Present Address:		ހަދުދުމުގެ ސަރުކާރުގެ ސިއްހަތު ޖެނެރަލް ޑިވިޒަން:	
Contact No.:		މަޢުލޫމާތު ނަންބަރު:	
Email Address:		ފޭލް ޕްލާން:	
2. Company/Partnership		2. ޖެނެރަލް ޑިވިޒަން ގެ ސަރުކާރުގެ ސިއްހަތު ޖެނެރަލް ޑިވިޒަން <input type="checkbox"/>	
Company/Partnership		ޖެނެރަލް ޑިވިޒަން ގެ ސަރުކާރުގެ ސިއްހަތު ޖެނެރަލް ޑިވިޒަން:	
Registration No.:		މަސައްދާ ޖެނެރަލް ޑިވިޒަން ގެ ސަރުކާރުގެ ސިއްހަތު ޖެނެރަލް ޑިވިޒަން:	
Address:		ހަދުދުމުގެ ސަރުކާރުގެ ސިއްހަތު ޖެނެރަލް ޑިވިޒަން:	
Contact No.:		މަޢުލޫމާތު ނަންބަރު:	

Email Address:	<input type="text"/>	پښتونکو اړیکه نومبر:
Owner of the Company:	<input type="text"/>	رېسټرېشن کونکو کورنۍ نوم:
Contact No-	<input type="text"/>	تلفون شمېره:
Email Address:	<input type="text"/>	پښتونکو اړیکه نومبر:

Level of Health Facility سېټونه د پښتونکو اړیکه نومبر

Tick as appropriate <input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> د پښتونکو اړیکه نومبر	
2. Private Health facility	<input type="checkbox"/>	1. Government Hospital/ Health Centre	<input type="checkbox"/>
Tertiary Hospital	<input type="checkbox"/>	Tertiary Hospital	<input type="checkbox"/>
General Hospital	<input type="checkbox"/>	Hospital Level 1	<input type="checkbox"/>
Specialty Hospital	<input type="checkbox"/>	Hospital Level 2	<input type="checkbox"/>
Area specific/ Specialty Centre	<input type="checkbox"/>	Hospital Level 2	<input type="checkbox"/>
Therapeutic Services	<input type="checkbox"/>	Health Centre 4	<input type="checkbox"/>
Diagnostic Clinic	<input type="checkbox"/>	Health Centre 3	<input type="checkbox"/>
General Clinic	<input type="checkbox"/>	Health Centre 2	<input type="checkbox"/>
Area specific/ Specialty clinic	<input type="checkbox"/>	Health Centre 1	<input type="checkbox"/>

3. Alternative Health facility سېټونه د پښتونکو اړیکه نومبر

Specify

Other information د پښتونکو اړیکه نومبر

Tick as appropriate <input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> د پښتونکو اړیکه نومبر	
Was the applicant granted with a registration/ an operating license of a health facility before?	Yes	<input type="checkbox"/>	آري، ځانګړې لاسلیکونه ترلاسه کړي دي.
	No	<input type="checkbox"/>	نې، ترلاسه نه دي.
If (Yes) was the registration/ operating license cancelled?	Yes	<input type="checkbox"/>	آري، لاسلیکونه د پښتونکو اړیکه نومبر له خوا منسوخ شوي دي.
	No	<input type="checkbox"/>	نې، ترلاسه نه دي.

* If (Yes) reason for cancellation of registration/operating license

.....

Details of Health facility سېټونه د پښتونکو اړیکه نومبر

Name:	<input type="text"/>	نوم:
Address:	<input type="text"/>	اړیکه نومبر:
Contact No-	<input type="text"/>	تلفون شمېره:
Email Address:	<input type="text"/>	پښتونکو اړیکه نومبر:

Details of the owner of the building سېټونه د پښتونکو اړیکه نومبر

Name:	<input type="text"/>	نوم:
ID Card No-	<input type="text"/>	نومبر شمېره:
Address:	<input type="text"/>	اړیکه نومبر:

Section B	B سېكټور
Operating license of health facility	سېكټور په ډېرټولټوټو کې د عملې لېسنې لاسوند

Tick as appropriate <input checked="" type="checkbox"/>		ډېرټولټوټو ته لاسوندونه ټولګډېږدول <input checked="" type="checkbox"/>	
License Renewal	<input type="checkbox"/>	New license	<input type="checkbox"/>
Changing ownership of license	<input type="checkbox"/>	License lost/damaged	<input type="checkbox"/>

License number (if license already issued) (نومبر لاسوندونه چې دمخه وېشل شوي دي)

Details of Applicant	د لاسوند لاسوهنې ډېرټولټوټو
-----------------------------	------------------------------------

1. Sole proprietor		1. یوازینی لاسوهنې لاسوهنکی
<input type="checkbox"/>		
Full Name:	<input style="width: 80%;" type="text"/>	ټولګړی نوم:
NID card No.:	<input style="width: 80%;" type="text"/>	نومبر نوم لاسوند نومبر:
Present Address:	<input style="width: 80%;" type="text"/>	اوسنې پته:
Contact No.:	<input style="width: 80%;" type="text"/>	د تړلو نومبر نومبر:
Email Address:	<input style="width: 80%;" type="text"/>	پډاډه:

2. Company/Partnership		2. ټولټولټوټو/ شريکي لاسوهنې لاسوهنکی
<input type="checkbox"/>		

Company/Partnership	<input style="width: 80%;" type="text"/>	ټولټولټوټو/ شريکي لاسوهنې لاسوهنکی نومبر:
Registration No.:	<input style="width: 80%;" type="text"/>	نومبر نوم لاسوند نومبر نومبر:
Address:	<input style="width: 80%;" type="text"/>	پته:
Contact No.:	<input style="width: 80%;" type="text"/>	د تړلو نومبر نومبر:
Email Address:	<input style="width: 80%;" type="text"/>	پډاډه:
Owner of the Company:	<input style="width: 80%;" type="text"/>	ټولټولټوټو/ شريکي لاسوهنې لاسوهنکی نومبر:
Contact No.:	<input style="width: 80%;" type="text"/>	د تړلو نومبر نومبر:
Email Address:	<input style="width: 80%;" type="text"/>	پډاډه:

Other information	ډېرټولټوټو نورې ډېرټولټوټو		
--------------------------	-----------------------------------	--	--

Tick as appropriate <input checked="" type="checkbox"/>		ډېرټولټوټو ته لاسوندونه ټولګډېږدول <input checked="" type="checkbox"/>	
Was the applicant granted with an operating license of a health facility before?	Yes	<input type="checkbox"/>	ډېرټولټوټو ته د عملې لېسنې لاسوندونه چې دمخه وېشل شوي دي؟
	No	<input type="checkbox"/>	
If (Yes) was the operating license cancelled?	Yes	<input type="checkbox"/>	ډېرټولټوټو ته د عملې لېسنې لاسوندونه چې دمخه وېشل شوي دي؟
	No	<input type="checkbox"/>	

* If (Yes) reason for cancellation of operating license

.....

