

Ministry of Health
Male', Maldives



މިނިސްޓްރީ އޮފް ހެލްތް
މާލެ، ދިވެހިރާއްޖެ

ސިއްޔާރު ދިވެހިރާއްޖޭގެ ހެލްތް ފެސިލިޓީ ރެޖިސްޓްރޭޝަން ފޯމް

Health Facility Registration and Licensing Form

Requested Service		ބޭނުންކުރާ ދިވެހިރާއްޖޭގެ ހެލްތް ފެސިލިޓީ
Tick as appropriate <input checked="" type="checkbox"/>		އިދާރާތަކުން ހެލްތް ފެސިލިޓީ ލައިސެންސް ހޯދުމަށް <input checked="" type="checkbox"/> ބޭނުންކުރާ!
1. For health facility registration (Please fill Section A of the form)	<input type="checkbox"/>	1. ސިއްޔާރު ދިވެހިރާއްޖޭގެ ހެލްތް ފެސިލިޓީ ރެޖިސްޓްރޭޝަން (ލަފާ ހޯދުމަށް ފޯމް ފުރިހަމަކުރުމަށް)
2. For operating license of health facility (Please fill Section B of the form)	<input type="checkbox"/>	2. ސިއްޔާރު ދިވެހިރާއްޖޭގެ ހެލްތް ފެސިލިޓީ ލައިސެންސް ލަފާ ހޯދުމަށް (ލަފާ ހޯދުމަށް ފޯމް ފުރިހަމަކުރުމަށް)

Section A	ސަބަބު A
Health Facility Registration	ސިއްޔާރު ދިވެހިރާއްޖޭގެ ހެލްތް ފެސިލިޓީ ރެޖިސްޓްރޭޝަން

Tick as appropriate <input checked="" type="checkbox"/>		އިދާރާތަކުން ހެލްތް ފެސިލިޓީ ލައިސެންސް ހޯދުމަށް <input checked="" type="checkbox"/> ބޭނުންކުރާ!		
Registration Renewal	<input type="checkbox"/>	ރެޖިސްޓްރޭޝަން ޖަހާލުމަށް ފަހު ލައިސެންސް ލަފާ ހޯދުމަށް		
Address Change	<input type="checkbox"/>	އިދާރާތަކުން ހެލްތް ފެސިލިޓީ ލައިސެންސް ލަފާ ހޯދުމަށް		
		New Registration	<input type="checkbox"/>	ނިއު ރެޖިސްޓްރޭޝަން ލަފާ ހޯދުމަށް
		Registration lost/damaged	<input type="checkbox"/>	ރެޖިސްޓްރޭޝަން ލައިސެންސް ގެއްލިފައިވާ ނުވަތަ ބޭރުކޮށްފައިވާ ލަފާ ހޯދުމަށް
		Ownership changing	<input type="checkbox"/>	އިދާރާތަކުން ހެލްތް ފެސިލިޓީ ލައިސެންސް ލަފާ ހޯދުމަށް
Other	<input type="text"/>			އެހެނިހެން
Registration number (if already registered)		ރެޖިސްޓްރޭޝަން ނަންބަރ (އިދާރާތަކުން ހެލްތް ފެސިލިޓީ ލައިސެންސް ލަފާ ހޯދުމަށް ފަހު)		
<input type="text"/>				

Details of Applicant		އިދާރާތަކުން ހެލްތް ފެސިލިޓީ ލައިސެންސް ހޯދުމަށް ބޭނުންކުރާ ފަރާތް
1-Sole proprietor		1. ތަންފަތިރި ފަރާތް ލައިސެންސް ހޯދުމަށް ބޭނުންކުރާ!
Full Name:	<input type="text"/>	ފުލް ނޭމް:
NID card No.:	<input type="text"/>	ނިއު ޔީޑީ ސަލާބް ނަންބަރ:
Present Address:	<input type="text"/>	ހާދީހުގެ ބަންދު ހެލްތް ފެސިލިޓީ ލައިސެންސް ލަފާ ހޯދުމަށް:
Contact No.:	<input type="text"/>	ފޯން ނަންބަރ:
Email Address:	<input type="text"/>	އިމެއިލް ބަންދު:
2- Company/Partnership		2. ޕްރޮޕްރިއެޓަރީ ޕާޓްނަރްޝިޕް ލައިސެންސް ހޯދުމަށް ބޭނުންކުރާ!
Company/Partnership	<input type="text"/>	ކޮމްޕަނީ/ޕާޓްނަރްޝިޕް ނަންބަރ:
Registration No.:	<input type="text"/>	ރެޖިސްޓްރޭޝަން ނަންބަރ:
Address:	<input type="text"/>	ހެލްތް ފެސިލިޓީ ލައިސެންސް ލަފާ ހޯދުމަށް:
Contact No.:	<input type="text"/>	ފޯން ނަންބަރ:
Email Address:	<input type="text"/>	އިމެއިލް ބަންދު:

3. Ministry/Governing Board		<input type="checkbox"/>	3. دېرېستېډېنټ يا ټولنيزې ادارې لخوا:	
Ministry/Governing Board Name:	<input type="text"/>		دېرېستېډېنټ يا ټولنيزې ادارې نوم:	
Address:	<input type="text"/>		دغه آدرس:	
Contact No:	<input type="text"/>		تړلې شمېره:	
Email Address:	<input type="text"/>		په ډېرېسټرېشن آدرس:	
4. NGO		<input type="checkbox"/>	4. نيم-دولتي، د.ن.ج. لخوا:	
NGO Name:	<input type="text"/>		نيم-دولتي، د.ن.ج. نوم:	
Registration No:	<input type="text"/>		نيم-دولتي، د.ن.ج. نوم شمېره:	
Address:	<input type="text"/>		دغه آدرس:	
Contact No:	<input type="text"/>		تړلې شمېره:	
Email Address:	<input type="text"/>		په ډېرېسټرېشن آدرس:	
Level of Health Facility			سېټې او دېرېسټرېشن کچه څرگندولو	
Tick as appropriate <input checked="" type="checkbox"/>			دېرېسټرېشن کچه څرگندولو <input checked="" type="checkbox"/>	
2. Private Health facility	<input type="checkbox"/>	1. د پراخو سېټو او دېرېسټرېشن کچه	1. Government Health Facility	<input type="checkbox"/>
Tertiary Hospital	<input type="checkbox"/>	د پراخو سېټو او دېرېسټرېشن کچه	Tertiary Hospital	<input type="checkbox"/>
General Hospital	<input type="checkbox"/>	د عامو سېټو او دېرېسټرېشن کچه	Hospital Level 1	<input type="checkbox"/>
Specialty Hospital	<input type="checkbox"/>	د تخصصي سېټو او دېرېسټرېشن کچه	Hospital Level 2	<input type="checkbox"/>
Area specific/ Specialty Centre	<input type="checkbox"/>	د خاصو سېټو او دېرېسټرېشن کچه	Hospital Level 2	<input type="checkbox"/>
Therapeutic Services	<input type="checkbox"/>	د تېراپيک سېټو او دېرېسټرېشن کچه	Health Centre 4	<input type="checkbox"/>
Diagnostic Clinic	<input type="checkbox"/>	د ډاگنوسټيک کلينيک سېټو او دېرېسټرېشن کچه	Health Centre 3	<input type="checkbox"/>
General Clinic	<input type="checkbox"/>	د عامو کلينيک سېټو او دېرېسټرېشن کچه	Health Centre 2	<input type="checkbox"/>
Area specific/ Specialty clinic	<input type="checkbox"/>	د خاصو کلينيک سېټو او دېرېسټرېشن کچه	Health Centre 1	<input type="checkbox"/>
3. Alternative Health facility	<input type="checkbox"/>		د نورو سېټو او دېرېسټرېشن کچه	
Specify	<input type="text"/>		نوم:	
Other information			د نورو مالوماتو	
Tick as appropriate <input checked="" type="checkbox"/>			دېرېسټرېشن کچه څرگندولو <input checked="" type="checkbox"/>	
Was the applicant granted with a registration/ an operating license of a health facility before?	Yes <input type="checkbox"/>		آيا د پراخو سېټو او دېرېسټرېشن کچه تر ډېرېسټرېشن کچه مخکې ترلاسه شوې؟	
	No <input type="checkbox"/>		آيا نه؟	
If (Yes) was the registration/ operating license cancelled?	Yes <input type="checkbox"/>		آيا (آري) د پراخو سېټو او دېرېسټرېشن کچه تر ډېرېسټرېشن کچه لغول شوې؟	
	No <input type="checkbox"/>		آيا نه؟	
* If (Yes) reason for cancellation of registration/operating license				
.....				

Section B	B سېکټور
Operating license of health facility	سېکټور ډېرټولمنټونو لېسنسونه

Tick as appropriate <input checked="" type="checkbox"/> ډېرټولمنټونو لېسنسونه <input checked="" type="checkbox"/> نوي لېسنسونه					
License Renewal	<input type="checkbox"/>	لېسنسونه ځانگړتيا	New license	<input type="checkbox"/>	نوي لېسنسونه
Changing ownership of license	<input type="checkbox"/>	لېسنسونه ځانگړتيا	License lost/damaged	<input type="checkbox"/>	لېسنسونه ځانگړتيا

License number (if license already issued) **لېسنس نومبر (که لېسنس په مخکې کې شتون لري)**

Details of Applicant **لېسنس لاسوهنکې ډېرټولمنټونو**

1. Sole proprietor **1. لاسوهنکې ډېرټولمنټونو**

Full Name: **ټوليزه نوم:**

NID card No.: **نېشنل اېډ کارډ نومبر:**

Present Address: **اوسني پته:**

Contact No: **تړلو شمېره:**

Email Address: **پښتورځي:**

2. Company/Partnership **2. کمپنۍ/شريکي**

Company/Partnership **کمپنۍ/شريکي نوم:**

Registration No: **رجسټريشن نومبر:**

Address: **پته:**

Contact No: **تړلو شمېره:**

Email Address: **پښتورځي:**

3. Ministry/Governing Board **3. دېرټولمنټونو يا د لېسنس لاسوهنکې**

Ministry/Governing Board Name: **دېرټولمنټونو يا د لېسنس لاسوهنکې نوم:**

Address: **پته:**

Contact No: **تړلو شمېره:**

Email Address: **پښتورځي:**

4. NGO **4. نېغې نېغې**

NGO Name: **نېغې نېغې نوم:**

Registration No: **رجسټريشن نومبر:**

Address: **پته:**

Contact No: **تړلو شمېره:**

Email Address: **پښتورځي:**

Annex: Documents to be submitted with Health Facility Registration and Licensing Form دستاوردها: سوابق پذیرش و ثبت نام مراکز بهداشتی درمانی و مدارک مورد نیاز ثبت نام مراکز بهداشتی درمانی

Section A: For health facility registration	سوابق ثبت نام مراکز بهداشتی درمانی
National Identity/ Passport copy of applicant	سوابق پذیرش و ثبت نام مراکز بهداشتی درمانی / کپی شناسنامه و گذرنامه / کپی شناسنامه و گذرنامه / کپی شناسنامه و گذرنامه
National Identity/ Passport copy of responsible person	سوابق پذیرش و ثبت نام مراکز بهداشتی درمانی / کپی شناسنامه و گذرنامه / کپی شناسنامه و گذرنامه / کپی شناسنامه و گذرنامه
Floor plan of the proposed health facility	سوابق پذیرش و ثبت نام مراکز بهداشتی درمانی / کپی نقشه / کپی نقشه / کپی نقشه
Business/ Company registration	سوابق پذیرش و ثبت نام مراکز بهداشتی درمانی / کپی ثبت نام / کپی ثبت نام / کپی ثبت نام
Board resolution of companies	سوابق پذیرش و ثبت نام مراکز بهداشتی درمانی / کپی تصویب / کپی تصویب / کپی تصویب
NGO Registration	سوابق پذیرش و ثبت نام مراکز بهداشتی درمانی / کپی ثبت نام / کپی ثبت نام / کپی ثبت نام
If the facility is operating under the ministry, a document stating the opening date and level of the facility	سوابق پذیرش و ثبت نام مراکز بهداشتی درمانی / کپی سند / کپی سند / کپی سند
If the facility is operating under the governing board, proof of board establishment	سوابق پذیرش و ثبت نام مراکز بهداشتی درمانی / کپی سند / کپی سند / کپی سند
Resort registration certificate	سوابق پذیرش و ثبت نام مراکز بهداشتی درمانی / کپی سند / کپی سند / کپی سند
If the facility is located in an industrial site, no objection letter of the owner of the site	سوابق پذیرش و ثبت نام مراکز بهداشتی درمانی / کپی سند / کپی سند / کپی سند
If the applicant is a foreign investment, registration of the foreign investment	سوابق پذیرش و ثبت نام مراکز بهداشتی درمانی / کپی سند / کپی سند / کپی سند
Business name registration of the health facility	سوابق پذیرش و ثبت نام مراکز بهداشتی درمانی / کپی سند / کپی سند / کپی سند
If the applicant is not the owner of the building the facility is located, no object letter and ID card copy of the owner	سوابق پذیرش و ثبت نام مراکز بهداشتی درمانی / کپی سند / کپی سند / کپی سند

Section B: For operating license of health facility registration	سوابق ثبت نام مراکز بهداشتی درمانی
National Identity/ Passport copy of applicant	سوابق پذیرش و ثبت نام مراکز بهداشتی درمانی / کپی شناسنامه و گذرنامه / کپی شناسنامه و گذرنامه / کپی شناسنامه و گذرنامه
National Identity/ Passport copy of responsible person	سوابق پذیرش و ثبت نام مراکز بهداشتی درمانی / کپی شناسنامه و گذرنامه / کپی شناسنامه و گذرنامه / کپی شناسنامه و گذرنامه
Registration certificate of health facility	سوابق پذیرش و ثبت نام مراکز بهداشتی درمانی / کپی سند / کپی سند / کپی سند
Requisition letter from the health profession to register him/her at the health facility	سوابق پذیرش و ثبت نام مراکز بهداشتی درمانی / کپی سند / کپی سند / کپی سند
Requisition letter from the health facility to register the health professional at the health facility	سوابق پذیرش و ثبت نام مراکز بهداشتی درمانی / کپی سند / کپی سند / کپی سند
Registration and practicing license of the health professional in the respected regulatory council	سوابق پذیرش و ثبت نام مراکز بهداشتی درمانی / کپی سند / کپی سند / کپی سند
Proposal;	سوابق پذیرش و ثبت نام مراکز بهداشتی درمانی / کپی سند / کپی سند / کپی سند
1. Services to be provided	سوابق پذیرش و ثبت نام مراکز بهداشتی درمانی / کپی سند / کپی سند / کپی سند
2. Level of the facility	سوابق پذیرش و ثبت نام مراکز بهداشتی درمانی / کپی سند / کپی سند / کپی سند
3. Opening hours	سوابق پذیرش و ثبت نام مراکز بهداشتی درمانی / کپی سند / کپی سند / کپی سند
4. Prices of the services	سوابق پذیرش و ثبت نام مراکز بهداشتی درمانی / کپی سند / کپی سند / کپی سند

سوابق پذیرش و ثبت نام مراکز بهداشتی درمانی

- سوابق پذیرش و ثبت نام مراکز بهداشتی درمانی / کپی شناسنامه و گذرنامه / کپی شناسنامه و گذرنامه / کپی شناسنامه و گذرنامه
- سوابق پذیرش و ثبت نام مراکز بهداشتی درمانی / کپی شناسنامه و گذرنامه / کپی شناسنامه و گذرنامه / کپی شناسنامه و گذرنامه