Port Training Centre

Maldives Ports Limited

Email: ptc@port.com.mv
Tel: 3008923 Fax: 3301082

ކޯހަށް އެދޭ ފޯމް

Application Form

COURSE DETAILS	**ކޯހާއި ބެހޭ މަޢުލޫމާތު**
Name of the course:	ކޯހުގެ ނަން:

APPLICANT INFORMATION	**ކޯހަށް އެދޭ ފަރާތުގެ މަޢުލޫމާތު**
Name:	ނަން:
Permanent Address:	ދާއިމީ އެޑްރެސް:
ID Card No:	އައި.ޑީ ކާޑު ނަންބަރު :
Date of Birth:	އުފަން ތާރީޚް:
Mobile No:	މޯބައިލް ނަންބަރު:
Email Address:	އީމެއިލް އެޑްރެސް:

EDUCATIONAL LEVEL	**ތަޢުލީމީ ފެންވަރު**
Last Grade Attended:	އެންމެފަހުން ކިޔެވި ގްރޭޑް :
Others:	އެހެނިހެން:

To be filled only by MPL employees ހަމައެކަނި އެމް.ޕީ.އެލްގެ މުވައްޒަފުންނަށް

No.of years on employment:	ވަޒީފާގައި ހޭދަކުރި މުއްދަތު:
Employee ID:	އެމްޕްލޮއީ ނަންބަރު:
Designation:	މަޤާމް:
Department/shift:	ޑިޕާޓްމަންޓް/ ޝިފްޓް :

I confirm that the information given on this form is true and if selected I will attend the course for the full period.

މިފޯމުގައި އަޅުގަނޑު ދީފައިވަނީ ތެދު މަޢުލޫމާތެވެ. އަދި ކޯހަށް އަޅުގަނޑު ހޮވިއްޖެނަމަ ކޯސް އެންމެ ގަޑިތަކަށް ކޯހަށް ހާޒިރުވުމަށް ފުރިހަމަ ތައްޔާރު ފުރިހަމަ ގޮތުގައި ކޯސް ފުރިހަމަ ކުރުމަށް އަޅުގަނޑު އެއްބަސްވަމެވެ.

ތާރީޚް: ------------------------------------ **Date**

ކޯހަށް އެދޭ ފަރާތުގެ ސޮއި: ----------------------- **Applicants Signature**