



ދިވެހިސަރުކާރުގެ ގެޒެޓް
ދެވިފައިވާ ސަރުކާރުގެ ދާއިރާ

ދިވެހިސަރުކާރުގެ ގެޒެޓް ގައި ބަޔާންކޮށްފައިވާ ގޮތުގައި ދިވެހިސަރުކާރުގެ ދާއިރާ
APPLICATION FORM FOR DIVE CENTER OPERATING LICENSE

| REASON FOR APPLICATION | | ފަދަ ސަބަބު | |
|---|---|--|---|
| License Lost / ލައިސަންސް ގެއްލިފައިވާ <input type="checkbox"/> | New Registration / ނުވަތަ ލައިސަންސް ގެންނަން <input type="checkbox"/> | Revoked License / ލައިސަންސް ބަލަންފެއްދިފައިވާ <input type="checkbox"/> | Renewal of License / ލައިސަންސް ފަނޑުކުރުން <input type="checkbox"/> |
| Name Change / ނަންމު ބަދަލުކުރުން <input type="checkbox"/> | Change of Operator / ޔުއަރިޔާ ބަދަލުކުރުން <input type="checkbox"/> | Others / ފަދަ ސަބަބު <input type="checkbox"/> | Change of Owner / ޔުއަރިޔާ ބަދަލުކުރުން <input type="checkbox"/> |
| | Change of Location / ރިސޯޓް ބަދަލުކުރުން <input type="checkbox"/> | | |
| For Change in Dive Center Name and or Operator | | ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން ދިވެހިސަރުކާރުގެ ދާއިރާ ގެންނަން | |
| Registration Number. | ޔުއަރިޔާ ބަދަލުކުރުން ނުވަތަ ލައިސަންސް ނަންމު ބަދަލުކުރުން ޖެހޭ ސަފުޙާ: <input type="text"/> | Previous Name | ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން <input type="text"/> |
| License Number | ލައިސަންސް ނަންބަރު ޖެހޭ ސަފުޙާ: <input type="text"/> | Previous Operator Name | ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން <input type="text"/> |

| DETAILS OF DIVE CENTER | | ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން ދިވެހިސަރުކާރުގެ ދާއިރާ ގެންނަން | |
|---|---|---|---|
| Business Name of the Dive Center | | ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން <input type="text"/> | |
| Atoll & Island | ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން <input type="text"/> | Address | ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން <input type="text"/> |
| Fax Number | ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން <input type="text"/> | Phone Number | ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން <input type="text"/> |
| Website | ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން <input type="text"/> | E-mail | ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން <input type="text"/> |
| Affiliated Parent Organization (if any): <input type="text"/> | | | |

| DETAILS OF OPERATOR | | ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން ދިވެހިސަރުކާރުގެ ދާއިރާ ގެންނަން | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Partnership | <input type="checkbox"/> Company | <input type="checkbox"/> Sole Proprietor | ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން <input type="text"/> |
| Name of the Operator | | | |
| ID card No/ PP No/ Company Reg. No of Lessee <input type="text"/> | | | |
| Atoll & Island | ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން <input type="text"/> | Address | ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން <input type="text"/> |
| Fax Number | ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން <input type="text"/> | Phone | ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން <input type="text"/> |
| E-mail | ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން <input type="text"/> | Website | ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން ފަދަ ސަބަބު ގޮތުން <input type="text"/> |

