بسم الله الرحمن الرحيم

Society for Health Education

ސޮސައިޓީ ފޯރ ހެލްތު އެޑިއުކޭޝަން

Kulunuvehi
Buruzu Magu,Maafannu
Male' 20138
Maldives

ކުލުނުވެހި
ބުރުޒުމަގު، މާފަންނު
މާލެ 20318 ދިވެހިރާއްޖެ

Phone: (960) 3327117 ފޯނު:   Fax: (960) 3322221 ފެކްސް:   Email: she.maldives@she.org.mv އީމެއިލް:

MEMBERSHIP/VOLUNTEER FORM

މެންބަރޝިޕް/ވޮލަންޓިއަރޝިޕް ފުރުން އެދި ހުށަހަޅާ ފޯމު

ސޮސައިޓީ ފޯރ ހެލްތު އެޑިއުކޭޝަންގެ މެންބަރަކަށްވުމަށް ނުވަތަ ވޮލަންޓިއަރަކަށްވުމަށް މި ފޯމުގައި ފުރިހަމަކުރައްވާ މަޢުލޫމާތު ބޭނުންކުރާނީ ހަމައެކަނި ސޮސައިޓީ ފޯރ ހެލްތު އެޑިއުކޭޝަންގެ ބޭނުންތަކަށެވެ.

Please fill all relevant to register as a volunteer of Society for Health Education. The information provided will only be used for Society for Health Education's purposes.

PERSONAL DETAILS — ޝަޚްޞީ މަޢުލޫމާތު

Title: Mr.☐ Mrs.☐ Miss☐ Other .... އެހެނިހެން ☐ އަލްފާޟިލާ ☐ އަލްފާޟިލް :މަޤާމު

Full Name: .... :ފުރިހަމަ ނަން

Gender: Male:☐ :ފިރިހެން Female:☐ :އަންހެން :ޖިންސު

Volunteer: ☐ :ވޮލަންޓިއަރ

Date of Birth: .... :އުފަން ތާރީޚު

Member: ☐ :މެންބަރަކު

NID/PP No: .... :އައިޑީ/ޕާސްޕޯޓް ނަންބަރު

Nationality: .... :ޤައުމިއްޔަތު

Occupation/Profession: .... :ކުރާ މަސައްކަތް

Educational Qualification: .... :ތަޢުލީމީ ފެންވަރު

Photograph (Passport size and copy of NID)

ފޮޓޯ (ޕާސްޕޯޓް ސައިޒު) އަދި އައިޑީ ކާޑުގެ ކޮޕީއެއް

CONTACT DETAILS — ގުޅޭނެ މަޢުލޫމާތު

Permanent Address (Please fill below)
ދާއިމީ އެޑްރެސް (ތިރީގައި ބަޔާންކުރައްވާ)

House Name:
:ގޭގެނަން ....

Atoll/Island:
:އަތޮޅު / ރަށް ....

Tel: :ފޯނު ....

Mobile: :މޮބައިލް ....

Current Address (Please fill below)
މިހާރު އުޅޭ އެޑްރެސް (ތިރީގައި ބަޔާންކުރައްވާ)

House Name:
:ގޭގެނަން ....

Atoll/Island:
:އަތޮޅު / ރަށް ....

Email:
އީމެއިލް ....

PREFERRED CONTACT — ގުޅުން ބޭނުންވާ ގޮތް

Please write your preferred mode of contact details by Society for Health Education

ސޮސައިޓީ ފޯރ ހެލްތު އެޑިއުކޭޝަނުން ތިޔަ ބޭފުޅާއާ ގުޅުން އިޚްތިޔާރުކުރައްވާ ގޮތް (ތަފްސީލު) ބަޔާން ކުރައްވާ.

Mobile No:
:މޮބައިލް ....

Email:
:އީމެއިލް ....

Twitter ID: .... ޓްވިޓަރ އައިޑީ

Facebook ID: .... ފޭސްބުކް އައިޑީ

Other (Please write details) .... އެހެނިހެން

AREAS OF INTEREST — ޝައުޤުވެރިވާ ދާއިރާތައް

Please ☑(Tick) your interest areas

ޝައުޤުވެރިވާ ދާއިރާތަކުގައި ☑(ފާހަގަ) ޖައްސަވާ

Advocacy Campaigns:	☐	އެޑްވޮކަސީ ކެމްޕެއިން	Media Campaigns:	☐	މީޑިއާ ކެމްޕެއިން
Drafting documents:	☐	:ލިޔެކިޔުންތައް ތައްޔާރުކުރުން	Event Organizing:	☐	:ހަރަކާތްތައް ރޭވުން
Awareness campaigns:	☐	:މީހުން ހޭލުންތެރިކުރުވުން	Facilitating Training:	☐	:ފެސިލިޓޭޓިން އާއި ތަމްރީނުދިނުން
Youth programs:	☐	:ޒުވާނުންގެ ޕްރޮގްރާމްތައް	Resource Mobilization:	☐	:ރިސޯސް މޮބިލައިޒޭޝަން
Research/ Surveys	☐	:ރިސާރޗް އަދި ސާރވޭކުރުން			

Others: .... :އެހެނިހެން

YOUR SKILLS

Please ☑(Tick) on your skills

Skill		Skill	
Basic Computer:	☐	Graphics Designing:	☐
Teaching/Facilitating:	☐	Public Speaking:	☐
Language Skill:	☐	Event Planning:	☐

Others: ....

PARENT CONSENT (UNDER 18 YEARS ONLY)

I hereby give consent for ....to work as a member for Society for Health Education.

Signature: .... Name: .... NID No: ....

Mobile No: .... Relation to Child: ....

HOW DO YOU KNOW ABOUT "SHE"?

A volunteer/member:	☐	Twitter:	☐
Facebook:	☐	Friends:	☐

Others: ....

DECLERATION

I wish to apply as a member/volunteer of Society for Health Education. I will abide by the code of conduct of Society for Health Education. I declare that the information in this application is true and correct.

Signature / .... NID No / ....

FOR OFFICEUSE ONLY

Form Received by:......................................	Received Date:...	Member Number:..................................
Entered to Database by:	Entered Date:..	Database Number:.................................
	Date:..	

Volun YN: ....
Volun Org: ....
Contributions to MA: ....
Type of Volunteerism:

GovtBodi 1	
GovtBodi 2	
GovtBodi 3	

Honorary Office 1: Chairperson	Hono frm:2010	Hono to: to present
Honorary Office 2: Vice Chairperson	Honofrm: 2008	Hono to: 2010
Honorary Office 3:	Honofrm:	Honot to:
Honorary Office 4:	Honofrm:	Honot to: