

NOMINATION FORM

سنة ٢٠٢٠

ALLIED HEALTH PROFESSIONAL OF THE YEAR (FOREIGN)

" **أفضل المهنيين الصحيين الأجانب لعام ٢٠٢٠** "

Personal details

Full Name: **الاسم الكامل:** Card no: **رقم البطاقة:** Current Address: **العنوان الحالي:**

Nominee Details:

Full Name: **الاسم الكامل:** Card no: **رقم البطاقة:** Designation: **المنصب:**

Reason for Nominating: (please tick the box)

Exemplary performance	<input type="checkbox"/>	أداء متميز
Consistent professionalism	<input type="checkbox"/>	احتراف مهني مستمر
Effective leadership and own initiative	<input type="checkbox"/>	قيادة فعالة ومبادرة شخصية
Service oriented	<input type="checkbox"/>	متمحور في خدمة المرضى
Innovative solutions	<input type="checkbox"/>	حلول مبتكرة
Teaching/training/mentoring	<input type="checkbox"/>	تعليم وتدريب وتوجيه

Date of Submission:

Time of Submission:

Signature: