NOMINATION FORM
ނަން ހުށަހަޅާ ފޯމް
COLLABORATION AND TEAM WORK FOR CLINICAL TEAM
" ކޮލަބޮރޭޝަދް އެދްޑް ޓީމް ވޯރކް ފޯ ކްލިދިކަލް ޓީމް "
Personal details
މިހާރު އުޅޭ އެޑްރެސް : Current Address: ރިކޯޑް ކާޑް ދަދްބަރު: Card no: ފުރިހަމަ ދަދް: Full Name:
Nominee Details:
ޑިޕާރޓްމަދްޓު ދުވަތަ ޓީމްގެ ދަދް: Team or department name:
Reason for Nominating: (please tick the box)
ޑިޕާރޓްމަދްޓާއި ޑިޕާރޓްމަދްޓުދް ބޭރުގައި މަސައްކަތް ކުރާ ފެދްވަރު High quality work within and outside of the division
Go above and beyond for welcoming environments
އެދެވޭ އަދި ބަލައިގަދެވޭ މާހައުލެއް ބިދާކުރުމަފްޓަކައި މަސައްކަތްކުރުދް puts forth new, creative initiatives.
ވިސްދުދްތެރިކަމާއި ރޭވުދްތެރިކަމާއެކު ހިދްގުދް Thoughtful coordination and planning
އައު ކަދްކަމަފް އިޖާބަދީ ޒިދްމާދެގުދް Team has willingness to take risks
ޓީމް މެމްބަރުދް އެކަކު އަދެކަކު ދިދްމާ ދިދްމުދް ބަލައިގަތުދް Each team member trusts the judgment of others
އުފެއްދުދްތެރި ކަދްކަދް ކުރުދް Puts forth new, creative initiatives
Date of Submission:
Time of Submission:
Signature: