

NOMINATION FORM

سٔر سٔر سٔر سٔر سٔر

NURSE OF THE YEAR (LOCAL)

" سٔر سٔر سٔر سٔر سٔر (سٔر سٔر) "

Personal details

Full Name: سٔر سٔر سٔر Card no: سٔر سٔر سٔر Current Address: سٔر سٔر سٔر

--	--	--

Nominee Details:

Full Name: سٔر سٔر سٔر Card no: سٔر سٔر سٔر Designation: سٔر سٔر

--	--	--

Reason for Nominating: (please tick the box)

Exemplary performance	<input type="checkbox"/>	سٔر سٔر سٔر سٔر سٔر سٔر
Consistent professionalism	<input type="checkbox"/>	سٔر سٔر سٔر سٔر سٔر سٔر
Effective leadership and own initiative	<input type="checkbox"/>	سٔر سٔر سٔر سٔر سٔر سٔر
Service oriented	<input type="checkbox"/>	سٔر سٔر سٔر سٔر سٔر سٔر
Innovative solutions	<input type="checkbox"/>	سٔر سٔر سٔر سٔر سٔر سٔر
Teaching/training/mentoring	<input type="checkbox"/>	سٔر سٔر سٔر سٔر سٔر سٔر

Date of Submission:

Time of Submission:

Signature: