

129

Administration of
Dadra & Nagar Haveli, UT
Directorate of Medical & Health Services

No.DMHS/EST/NFN/2020/11299

Silvassa.


Date: 13/12/2020

CIRCULAR

The Ministry of Health & Family Welfare (Nursing Section), New Delhi vide letter No.22-15/2019-INC/4200, dtd.25th November, 2019 has called nomination for the “**National Florence Nightingale Nurses Awards 2020**” from the nurses and nursing professionals.

Nominations from all Nursing Personnel (Nurses, ANM's and LHVs) working on regular basis are sought so that it can be forwarded to the State Level Selection Committee. The application form and guidelines in this regard is enclosed herewith for ready reference.

The nomination may be sent on or before **10th January, 2020**.


(Dr. V.K.Das)
DMHS

Enclosed:-

1. Copy of nomination form along with criteria.

Copy to:-

1. All Nursing Personnel's working on regular basis (VBCH, DMHS, PHCs, CHC, Dispensaries).
2. All In charges of PHC, CHC & Dispensaries for providing information to their subordinate nursing staff.
3. Computer Engineer, VBCH, for uploading the same on hospital website for wide publicity.

राष्ट्रीय फ्लोरेंस नाइटिंगेल नर्स पुरस्कार 2020 के लिए आवेदन पत्र
APPLICATION FORM FOR
THE NATIONAL FLORENCE NIGHTINGALE NURSES AWARD 2020

नवीनतम फोटो
 चिपकायें
 Paste Recent
 Photograph

1. नाम (बड़े अक्षरों में)
Name (In Block Letters) _____
2. श्रेणी / Category
 नर्स/NURSE (ii) आर.एन. एंड आर.एम. संख्या /
RN&RM NO. _____
 ए.एन.एम./ANM (i) आर.ए.एन.एम. संख्या /
RANM No. _____
 एल.एच.वी./LHV (iii) आर.एल.एच.वी. संख्या /
RLHV No. _____
3. जन्म तिथि के साथ आयु
Age with Date of Birth दिनांक / माह / वर्ष
DD / MM / YYYY
4. पिता / पति का नाम
Father's/Husband's Name _____
5. पत्रव्यवहार के लिए वर्तमान पता
(पिन कोड के साथ)
Current Address for Communication
with Pin Code _____

- 5.1 दूरभाष संख्या (निवास)
Telephone No. (Residence) _____

- 5.2 मोबाइल संख्या Mobile No. _____
- 5.3 ई-मेल पता, अगर कोई है
E-mail Address, if any _____

6. वर्तमान में कार्यरत अस्पताल/संस्थान का नाम और पूरा पता
Name & Complete Address of Hospital/Institution where currently working
- 6.1 दूरभाष संख्या (कार्यालय)
Telephone No. (Office)
- 6.2 ई-मेल पता, अगर कोई है
E-mail Address, if any
7. वर्तमान पदनाम
Post held at present
8. यदि सेवानिवृत्त हो तो, सेवानिवृत्ति की तिथि, यदि लागू हो
Whether retired if so, the date of retirement, if applicable
9. सेवानिवृत्ति के समय पदनाम, यदि लागू हो
Post held at the time of retirement, if applicable
10. नर्सिंग सेवाओं में अनुभव का विवरण
Details of experience in nursing services.

11. शैक्षिक योग्यतायें / Qualifications

पाठ्यक्रम Course	उत्तीर्ण वर्ष Year of Passing	संस्थान का नाम Name of Institution	परीक्षा बोर्ड / विश्वविद्यालय का नाम / Name of Exam. Board/University
ए.एन.एम. / एल.एच.वी. A.N.M. / L.H.V.			
जी.एन.एम. G.N.M.			
बी.एससी. (एन) / पी.बी.बी.एससी. (एन) B.Sc.(N)/P.B.B.Sc.(N)			
एम.एससी. (एन) M.Sc. (N)			
एम.फिल. M.Phil.			
पी.एचडी. (एन) Ph.D. (N)			

12. व्यावसायिक संस्था / संस्थाओं की
सदस्यता (सदस्यता संख्या के साथ)
Membership with professional
organization/s with membership
number

13. कोई अन्य जानकारी
Any other information

आवेदक के हस्ताक्षर / Signature of the Applicant _____

नर्सिंग अधीक्षक / प्रधानाचार्य / जिला चिकित्सा अधिकारी / जिला लोक स्वास्थ्य नर्सिंग अधिकारी / संस्थानाध्यक्ष
आदि द्वारा अनुशंसित

Recommended by Nursing Superintendent/Principal/District Medical Officer/District Public Health
Nursing Officer/Institutional Head etc.

स्थान एवं तिथि: / Place & Date:

संस्थानाध्यक्ष के हस्ताक्षर
Signature of Head of the Institution
सील / Seal

सचिव, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण द्वारा (पुरस्कार हेतु राज्य / केन्द्रीय चयन समिति) को अग्रेषित किया गया।
Forwarded by Secretary, Health & FW (State/Central Selection Committee for the Awards)

स्थान एवं तिथि: / Place & Date:

हस्ताक्षर / Signature
सील / Seal