

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

No.DMHS/EST/NFN/2023/616/ 4975

Silvassa.


Date: 26/12/2023

CIRCULAR

The Ministry of Health & Family Welfare (Nursing Section), New Delhi vide letter No. 22-15/2024-INC, dtd.7th October, 2023 has called nomination for the “**National Florence Nightingale Nurses Award 2024**” 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 **23rd December, 2023**.


Medical Supt./CMO(DNH)
Dadra & Nagar Haveli
Silvassa

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 2024 के लिए आवेदन पत्र
APPLICATION FORM FOR
THE NATIONAL FLORENCE NIGHTINGALE NURSES AWARD 2024

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. सक्षम प्राधिकारी द्वारा सतर्कता अनापत्ति शपथ पत्र
Vigilance Clearance affidavit by the competent Authority
14. 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