



CANADIAN MENTAL
HEALTH ASSOCIATION
ASSOCIATION CANADIENNE
POUR LA SANTÉ MENTALE

AWARD NOMINATION FORM

We wish to nominate the person/organization named below as candidate for a Canadian Mental Health Association, Ottawa Branch **Mental Health Service Awards**.

NAME OF CANDIDATE: _____

ADDRESS: _____

POSTAL CODE: _____ TELEPHONE: _____

AREA OF SERVICE/ORGANIZATION: _____

A statement of 200 words or less, describing how this nominee fulfills the requirements for consideration for a **Mental Health Service Award** is attached.

NOMINATOR: _____

ADDRESS: _____

POSTAL CODE: _____ TELEPHONE: _____

EMAIL: _____

SECONDER: _____

ADDRESS: _____

POSTAL CODE: _____ TELEPHONE: _____

EMAIL: _____

This nomination is made on behalf of:

ORGANIZATION: _____

ADDRESS: _____

POSTAL CODE: _____ TELEPHONE: _____

EMAIL: _____

NOMINATIONS MUST BE RECEIVED BY **5:00 P.M. FRIDAY, SEPTEMBER 25, 2009** AT
CMHA, 1355 Bank Street, Suite 301, Ottawa, ON K1H 8K7.

FAX: 613- 737-7644



ASSOCIATION CANADIENNE
POUR LA SANTÉ MENTALE

CANADIAN MENTAL
HEALTH ASSOCIATION

FORMULAIRE DE CANDIDATURE - CERTIFICATS DE MÉRITE

Nous désirons soumettre la candidature de la personne ou de l'organisme mentionné ci-dessous au **certificat de mérite** dans le domaine des services de santé mentale de la Section d'Ottawa de l'ACSM:

NOM DU (DE LA) CANDIDAT(E): _____

ADRESSE: _____

CODE POSTAL: _____ TÉLÉPHONE: _____

SECTEUR DE SERVICES/ORGANISME: _____

Je vous fais parvenir sous pli un exposé de 200 mots ou moins, expliquant de quelle(s) façon(s) le (la) candidat(e) satisfait aux exigences régissant la remise de certificats de mérite dans le domaine des services de santé mentale.

PROPOSÉ(E) PAR: _____

ADRESSE: _____

CODE POSTAL: _____ TÉLÉPHONE: _____

COURRIEL : _____

APPUYÉ(E) PAR: _____

ADRESSE: _____

CODE POSTAL: _____ TÉLÉPHONE: _____

COURRIEL : _____

Cette candidature est soumise au nom de:

ORGANISME: _____

ADRESSE: _____

CODE POSTAL: _____ TÉLÉPHONE: _____

COURRIEL : _____

Vous devez faire parvenir les candidatures D'ICI VENDREDI, LE 25 SEPTEMBRE, 2009 À 17h00, à L'ACSM, 1355, rue Bank, pièce 301, Ottawa, ON K1H 8K7.

FAX: 613- 737-7644