**Name : Yeole Rohit Subhash.**

**Roll No. : 3301070**

**Title: Nurse Registration**

**Description:**

It is a Nurse Registration Form in which user enter data and the data is displayed in new page.

**Software requirement:** VsCode

**Technologies used:** HTML,CSS,Bootstrap,JavaScript

**code:**

**index.html :-**

<!DOCTYPE html>

<html lang="en">

  <head>

    <meta charset="UTF-8" />

    <meta http-equiv="X-UA-Compatible" content="IE=edge" />

    <meta name="viewport" content="width=device-width, initial-scale=1.0" />

    <link rel="stylesheet" href="css/bootstrap.min.css" />

    <link

      rel="stylesheet"

      href="https://cdn.jsdelivr.net/npm/bootstrap-icons@1.7.2/font/bootstrap-icons.css"

    />

    <link rel="stylesheet" href="css/style.css" />

    <title>Nurse Registration Form</title>

  </head>

  <body>

    <main class="mt-5 pt-3">

      <div class="container">

        <div class="container-fluid px-4">

          <div class="row g-3 my-2">

            <div class="rounded">

              <div class="h1 my-4 text-center border">Add Nurse Form</div>

              <form id="studentForm">

                <div class="border p-3">

                  <div class="row">

                    <div class="col-md-6 mt-md-3 mt-3">

                      <label>First Name</label>

                      <input

                        type="text"

                        id="firstName"

                        class="form-control"

                        required

                      />

                    </div>

                    <div class="col-md-6 mt-md-3 mt-3">

                      <label>Last Name</label>

                      <input

                        type="text"

                        id="lastName"

                        class="form-control"

                        required

                      />

                    </div>

                  </div>

                  <div class="row">

                    <div class="col-md-6 mt-md-3 mt-3">

                      <label>Birth-Date</label>

                      <input

                        type="date"

                        id="dob"

                        class="form-control"

                        required

                      />

                    </div>

                    <div class="col-md-6 mt-md-3 mt-3">

                      <label>Gender</label>

                      <div class="d-flex align-items-center mt-2">

                        <label class="option">

                          <input type="radio" name="gender" value="male" />

                          Male <span class="checkmark"></span>

                        </label>

                        <label class="option ms-4">

                          <input type="radio" name="gender" value="female" />

                          Female <span class="checkmark"></span>

                        </label>

                      </div>

                    </div>

                  </div>

                  <div class="row">

                    <div class="col-md-6 mt-md-3 mt-3">

                      <label>Email</label>

                      <input

                        type="email"

                        id="email"

                        class="form-control"

                        required

                      />

                    </div>

                    <div class="col-md-6 mt-md-3 mt-3">

                      <label>Phone Number</label>

                      <input

                        type="tel"

                        id="contactNo"

                        class="form-control"

                        required

                      />

                    </div>

                  </div>

                  <div class="my-md-3 my-3">

                    <label>Section</label>

                    <select id="sub" required>

                      <option value="" selected hidden>Choose Option</option>

                      <option value="Maths">OPD</option>

                      <option value="Science">Surgery</option>

                      <option value="Social">Emergency</option>

                    </select>

                  </div>

                  <div class="row">

                    <div class="col-md-6 mt-md-3 mt-3">

                      <label>Nurse Id</label>

                      <input

                        type="text"

                        id="rollno"

                        class="form-control"

                        required

                      />

                    </div>

                    <div class="col-md-6 mt-md-3 mt-3">

                      <label>Registration Date</label>

                      <input

                        type="date"

                        id="registrationDate"

                        class="form-control"

                        required

                      />

                    </div>

                  </div>

                  <div class="d-grid mt-4">

                    <button

                      class="btn btn-primary btn-lg"

                      id="btnAddStudent"

                      type="button"

                    >

                      Add Nurse

                    </button>

                  </div>

                </div>

              </form>

            </div>

          </div>

        </div>

      </div>

    </main>

    <script src="./js/bootstrap.bundle.min.js"></script>

    <script src="./js/jquery-3.5.1.js"></script>

    <script src="./js/myscript.js"></script>

  </body>

</html>

**display-data.html :-**

<!DOCTYPE html>

<html lang="en">

  <head>

    <meta charset="UTF-8" />

    <meta http-equiv="X-UA-Compatible" content="IE=edge" />

    <meta name="viewport" content="width=device-width, initial-scale=1.0" />

    <link rel="stylesheet" href="css/bootstrap.min.css" />

    <link

      rel="stylesheet"

      href="https://cdn.jsdelivr.net/npm/bootstrap-icons@1.4.1/font/bootstrap-icons.css"

    />

    <link rel="stylesheet" href="css/style.css" />

    <title>Nurse Registration Form</title>

  </head>

  <body>

    <main class="mt-5 pt-3">

      <div class="text-center">

        <i class="bi bi-emoji-smile fs-1 text-primary"></i>

      </div>

      <div class="container">

        <div class="h1 my-4 text-center border">Nurse Data</div>

        <div class="row my-5">

          <div class="card">

            <div class="card-header fw-bolder h5 text-uppercase">

              Nurse Id - <span id="rollno">123</span>

            </div>

            <div class="card-body">

              <h5 class="card-title fw-bold text-uppercase">

                <span id="firstName">Mahehs</span>

                <span id="lastName">Kakde</span>

              </h5>

              <small class="text-uppercase fw-bold text-muted">

                Personal Information

              </small>

              <hr />

              <p class="card-text fs-6 fw-bold">

                <i class="bi bi-calendar-date me-2"></i>

                Date of Birth -<span id="dob">12/22/2023</span>

              </p>

              <p class="card-text fs-6 fw-bold">

                <i class="bi bi-gender-ambiguous me-2"></i>

                Gender -<span id="gender" class="text-uppercase">Male</span>

              </p>

              <small class="text-uppercase fw-bold text-muted">

                Contact Information

              </small>

              <hr />

              <p class="card-text fs-6 fw-bold">

                <i class="bi bi-envelope me-2"></i>

                Email -<span id="email">mahesh123@gmail.com</span>

              </p>

              <p class="card-text fs-6 fw-bold">

                <i class="bi bi-telephone me-2"></i>

                Mobile No -<span id="contactNo">9270010078</span>

              </p>

              <small class="text-uppercase fw-bold text-muted">

                Working Type Information

              </small>

              <hr />

              <p class="card-text fs-6 fw-bold">

                <i class="bi bi-book me-2"></i>

                Section -<span id="branch">Surgery</span>

              </p>

              <p class="card-text fs-6 fw-bold">

                <i class="bi bi-calendar-date me-2"></i>

                Registration Date -<span id="registrationDate">Male</span>

              </p>

            </div>

          </div>

        </div>

      </div>

    </main>

    <script src="./js/bootstrap.bundle.min.js"></script>

    <script src="./js/jquery-3.5.1.js"></script>

    <script src="./js/display-data.js"></script>

  </body>

</html>

**output:**

