



NURSES ASSOCIATION OF NEW BRUNSWICK

165 Regent Street, Fredericton, NB E3B 7B4 (506) 458-8731 E-mail : nanb@nanb.nb.ca
www.nanb.nb.ca

For office use only /
À l'usage du bureau seulement

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU NOUVEAU-BRUNSWICK

165, rue Regent, Fredericton, NB E3B 7B4 (506) 458-8731 Courriel: nanb@nanb.nb.ca

APPLICATION FOR REGISTRATION/DEMANDE D'IMMATRICULATION

I hereby make application for registration in the NANB.

Par la présente, je fais une demande d'immatriculation auprès de l'AIINB.

(PLEASE PRINT/SVP EN LETTRES MOULÉES)

Name

Nom _____
(surname/nom de famille) (given names, as indicated on birth certificate/ prénoms, tels qu'indiqués sur le certificat de naissance)

Maiden name

Nom de fille

Permanent mailing address

Adresse postale permanente

Postal code/Code postal _____ Telephone/Téléphone _____ Fax/Télécopieur _____

E-mail/Courriel _____

Date of birth

Date de naissance (day/jour - month/mois - year/année)

Country of birth

Pays d'origine

Citizenship

Citoyenneté

Languages spoken

Langues parlées

School of Nursing

École de formation infirmière

(name/nom)

(city/ville)

Length of program

Durée du programme

Year of Graduation

Année de l'obtention du diplôme

Other certificates or degrees held: _____

Autres diplômes : _____

Have you written the Canadian registration examination?

Avez-vous écrit l'examen canadien d'immatriculation?

___ Yes / Oui

___ No / Non

If you have written the Canadian registration examination, please state locations(s).

Si vous avez écrit l'examen canadien d'immatriculation, veuillez indiquer à quel(s) endroit(s).

Have you ever been registered as a nurse in another Canadian Province?

Avez-vous déjà été immatriculée à titre d'infirmière dans une autre province canadienne?

___ Yes / Oui

___ No / Non

If yes, please list.

Si oui, veuillez préciser.

Is your registration presently suspended, revoked or under investigation in another jurisdiction?

___ Yes

___ No

Votre immatriculation est-elle présentement suspendue, révoquée ou fait-elle l'objet d'une enquête ailleurs?

___ Oui

___ Non

If yes, please specify.

Si oui, veuillez spécifier.

Have you ever been charged with or convicted of a criminal offence?

___ Yes

___ No

Avez-vous déjà été inculpée ou déclaré coupable d'une infraction criminelle?

___ Oui

___ Non

Anticipated date of employment

Date d'emploi prévue

Place

Endroit

I declare the above statements to be true and understand that in New Brunswick, it is illegal to practice without a valid nursing registration certificate.

Je déclare que les faits exprimés ci-haut sont véridiques et comprends qu'au Nouveau-Brunswick, il est illégal d'exercer la profession infirmière sans certificat d'immatriculation en règle.

I understand NANB collects, uses and discloses personal information to carry out its mandate under the *Nurses Act* to protect the public, for professional regulation, research, statistical, educational, planning and nursing database purposes and also to provide or offer services to its members directly or through CNA, CNPS, Meloche Monnex or others when NANB determines such services may be of interest to members.

Je comprends qu'afin de remplir son mandat de protection du public que lui confère la *Loi sur les infirmières et infirmiers*, de l'AIINB recueille, utilise et divulgue des renseignements personnels pour répondre aux besoins relativement à la formation, à la planification et à la base de données en soins infirmiers et pour fournir ou offrir des services directement à ses membres ou par le truchement de l'AIIC, de la SPIIC, de Meloche Monnex ou d'autres organismes lorsque l'AIINB estime que de tels services pourraient intéresser ses membres.

Date _____

Signature _____

Return signed form to NANB. / Retourner la formule signée à l'AIINB.