



CONFIRMATION OF HOURS/ATTESTATION D'HEURES

SECTION A To be completed by applicant and forwarded to employing agency / Devant être remplie par la candidate et envoyée à l'employeur.

I/Je _____
(surname/nom de famille) (given names/prénoms) (maiden name/ nom de fille)

(current address/adresse actuelle) (postal code postal)

was employed at your agency as a registered nurse in / était à l'emploi de votre institution en

(yr/année)

I hereby authorize you to release the information requested on this form to NANB / Je consens à ce que les renseignements requis par ce formulaire parvienne à l'AIINB.

(date) NANB Reg # _____
(signature)

SECTION B To be completed by employer and returned directly to NANB / Devant être remplie par l'employeur et retournée directement à l'AIINB.

I do hereby certify that / J'atteste que _____ practised
(name of nurse/nom de l'infirmier (ière))
as a registered nurse in this institution / a exercé à titre d'infirmier (ière) immatriculé (e) à cet endroit.

The following is an accurate account of her/his actual hours of work per year for each of the past five years./Les renseignements suivants sont un relevé exact de ses heures de pratique par année, pour les cinq dernières années.

Jan 1, _____ - Dec 31, _____ : _____ hours/heures

Jan 1, _____ - Dec 31, _____ : _____ hours/heures

Jan 1, _____ - Dec 31, _____ : _____ hours/heures

Jan 1, _____ - Dec 31, _____ : _____ hours/heures

Jan 1, _____ - Dec 31, _____ : _____ hours/heures

(date) (name/nom) (signature)

(title/titre) (agency/institution)

(address/adresse) (numéro de telephone number)

(G:\REGISTAR\Admin Assistance\FORMS\3YROOP - REINSTATEMENT\CONFHRS reg.doc)