



**NURSES ASSOCIATION OF NEW BRUNSWICK / ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU NOUVEAU-BRUNSWICK**

165 rue Regent Street, Fredericton, NB E3B 7B4 (506) 458-8731

**CERTIFICATION OF ORIGINAL REGISTRATION  
ATTESTATION DE L'IMMATRICULATION ORIGINALES**

**Section A**

- To be completed by applicant and forwarded with applicable fee to Board of Registration which granted **original registration**.
- À être remplie par la candidate et envoyée, avec les frais nécessaires, à l'organisme d'immatriculation ayant accordé l'**immatriculation initiale**.

NAME / NOM \_\_\_\_\_  
 (given names, as indicated on birth certificate) / (surnames/nom de famille) / (Maiden name/nom de fille)  
 (prénoms, tels qu'indiqués sur le certificat de naissance)

Permanent mailing address / Adresse postale permanente \_\_\_\_\_

Postal code/Code postal \_\_\_\_\_ Date of birth / Date de naissance \_\_\_\_\_  
 (day/jour - month/mois - year/année)

Graduated from / Diplômée de (School of Nursing and city/École d'infirmière et ville) \_\_\_\_\_  
 On / Le \_\_\_\_\_ (month/mois) (year/année)

My registration number in your jurisdiction / Mon numéro d'immatriculation dans votre province/territoire \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

**Section B**

- To be completed by Board of Registration of nurses and forwarded directly to the NANB
- À être remplie par l'organisme d'immatriculation des infirmières et envoyée directement à l'AINB

Acting on Behalf of / Au nom de (registering body / organisme d'immatriculation) \_\_\_\_\_ I do hereby certify that / J'atteste que \_\_\_\_\_ (name of applicant/nom de la candidate)

a graduate of / une diplômée de (school of nursing / école d'infirmières) située à \_\_\_\_\_ located in / (city, province/ville, province)

was issued a certificate of registration as a registered nurse on / a reçu un certificat d'immatriculation d'infirmière le \_\_\_\_\_ Bearing number / Portant le numéro \_\_\_\_\_  
 (day/jour - month/mois - year/année)

- The certificate was obtained by: / Le certificat a été obtenu par voie : Examination / D'examen \_\_\_\_\_ Waiver / Dérogation \_\_\_\_\_ Endorsement / Réciprocité \_\_\_\_\_
- Applicant's current registration status with this authority / Statut de membre actuel de la candidate auprès de votre organisme \_\_\_\_\_ Valid until / Valide jusqu'au \_\_\_\_\_
- Applicant's registration/membership status for the past three years / Statue de membre des trois années précédentes de la candidate \_\_\_\_\_ Year/Année \_\_\_\_\_ Status/Statut \_\_\_\_\_
- Is this certificate currently suspended, revoked or under investigation? / Votre immatriculation est-elle suspendue, révoquée ou fait-elle l'objet d'une enquête ailleurs? Yes/Oui \_\_\_\_\_ No/Non \_\_\_\_\_

Registration Examination / Examen d'immatriculation CRNE / EAIC \_\_\_\_\_ CNATS / SEAIIC \_\_\_\_\_ NCLEX \_\_\_\_\_ Other / Autre \_\_\_\_\_

Passing score / Note de passage \_\_\_\_\_ Number of times written / Nombre de tentat \_\_\_\_\_

Scores: / Résultats:	Comprehensive/ Intégré	Medical/ Médecine	Surgical/ Chirurgie	Obstetrical/ Obstétrique	Pediatric/ Pédiatrie	Psychiatric/ Psychiatrie
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

If any subject has been written more than three (3) times, please indicate on reverse side.  
 Si une matière a été reprise plus de trois (3) fois, veuillez l'indiquer au verso.

SEAL/SCEAU DATE: \_\_\_\_\_ NAME/NOM: \_\_\_\_\_  
 SIGNATURE: \_\_\_\_\_ TITLE/TITRE: \_\_\_\_\_