



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

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

**CONFIRMATION OF CURRENT (OR RECENT) REGISTRATION
ATTESTATION DE L'IMMATRICULATION ACTUELLE OU LA PLUS RÉCENTE**

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**.

NAMES
NOM _____
(given names, as indicated on birth certificate) (surname/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 _____ On _____
Diplômée de (School of Nursing and city/École d'infirmière et ville) 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

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

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

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

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

Registration Examination CRNE _____ CNATS _____ NCLEX _____ Other _____
Examen d'immatriculation EAIC SEAIIC Autre

Passing score _____ Number of times written _____
Note de passage 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: _____