



**Nurses Association Association des infirmières et infirmiers**  
OF NEW BRUNSWICK DU NOUVEAU-BRUNSWICK

165, rue Regent Street, Fredericton N.-B., Canada, E3B 7B4  
Tel. : (506) 458-8731 Fax. : (506) 459-2838 Toll Free: 1 800 442-4417  
Email: [nanbregistration@nanb.nb.ca](mailto:nanbregistration@nanb.nb.ca) | [aiinbimmatriculation@aiinb.nb.ca](mailto:aiinbimmatriculation@aiinb.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 \_\_\_\_\_ Other Name(s): \_\_\_\_\_  
Nom de fille \_\_\_\_\_ Autre nom(s) \_\_\_\_\_

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

Telephone/Téléphone \_\_\_\_\_ E-mail/Courriel : \_\_\_\_\_

Date of birth \_\_\_\_\_ Country of birth \_\_\_\_\_  
Date de naissance (day/jour - month/mois - year/année) Pays d'origine \_\_\_\_\_

Desired language \_\_\_\_\_  
Langue préférée \_\_\_\_\_

School of Nursing \_\_\_\_\_  
École de formation infirmière (name/nom) (city/ville)

Length of program \_\_\_\_\_ Year of Graduation \_\_\_\_\_  
Durée du programme Année de l'obtention du diplôme

Other certificates or degrees held: \_\_\_\_\_

Autres diplômes : \_\_\_\_\_

Have you written the Canadian registration examination? \_\_\_\_\_ Yes / Oui  
Avez-vous écrit l'examen canadien d'immatriculation? \_\_\_\_\_ No / No

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 or Territory? \_\_\_\_\_ Yes / Oui  
Avez-vous déjà été immatriculée à titre d'infirmière dans une autre province Territoire canadienne? \_\_\_\_\_ No / Non

If yes, please list. \_\_\_\_\_  
Si oui, veuillez préciser.

Is your registration currently suspended, revoked, subjected to conditions or restrictions, or under investigation in another jurisdiction? \_\_\_\_\_ Yes / Oui

Est-ce que votre permis d'exercice est présentement suspendu, révoqué, soumis à des conditions ou des restrictions, ou fait-il l'objet d'une enquête dans une autre province ou territoire? \_\_\_\_\_ No / Non

If yes, please specify. \_\_\_\_\_  
Si oui, veuillez spécifier.

Have you ever been charged with or convicted of a criminal offence? \_\_\_\_\_ Yes / Oui  
Avez-vous déjà été inculpée ou déclarée coupable d'une infraction criminelle? \_\_\_\_\_ No / Non

Anticipated date of employment \_\_\_\_\_ Place \_\_\_\_\_  
Date d'emploi prévue Endroit

**I HEREBY CERTIFY THAT THE ABOVE INFORMATION IS TRUE AND CORRECT.**

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 the Canadian Nurses Association, Canadian Nurses Protective Society, Meloche Monnex or others ("third parties") when NANB determines such services may be of interest to members. I consent to receiving electronic communications from NANB and third parties respecting such services and understand I may withdraw this consent at any time. I understand I may contact NANB at any time to determine the use or disclosure of information I provide to NANB.

**JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS CI-HAUT SONT EXACTS.**

Je comprends qu'afin de remplir son mandat de protection du public que lui confère la *Loi sur les infirmières et infirmiers*, l'AIINB recueille, utilise et divulgue des renseignements personnels pour répondre aux besoins relatifs à la réglementation professionnelle, à la recherche, aux statistiques, 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'Association des infirmières et infirmiers du Canada, de la Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada, de Meloche Monnex ou d'autres («tiers») lorsque l'AIINB estime que de tels services pourraient intéresser ses membres. Je consens à recevoir des communications électroniques de l'AIINB et de tiers au sujet de tels services, et je comprends que je peux retirer ce consentement en tout temps. Je comprends que je peux communiquer avec l'AIINB à tout moment pour vérifier l'usage ou la divulgation des renseignements que je fournis à l'AIINB.

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

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