



**CONFIRMATION OF HOURS OF PRACTICE AS A NURSE PRACTITIONER PRIMARY HEALTH CARE**

**CONFIRMATION DES HEURES DE PRATIQUE COMME INFIRMIÈRE PRATICIENNE EN SOINS DE SANTÉ PRIMAIRE**

**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 practitioner in primary health care / était à l'emploi de votre institution à titre d'infirmière praticienne immatriculée en soins primaire

from/de \_\_\_\_\_ to/à \_\_\_\_\_.

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 Reg #/ # d'immatriculation 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 practitioner/nom de l'infirmière praticienne)

as a registered nurse practitioner in this institution / a exercé à titre d'infirmière praticienne immatriculée à cet endroit.

The following is an accurate account of her/his actual hours of work per year for each of the past two years as a nurse practitioner in primary health care./Les renseignements suivants sont un relevé exact de ses heures de pratique par année, pour les deux dernières années comme infirmière praticienne immatriculée en soins primaire.

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