



APPLICATION FOR NURSE PRACTITIONER REGISTRATION DEMANDE D'IMMATRICULATION POUR INFIRMIÈRE PRATICIENNE

A. PERSONAL INFORMATION / RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

(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 _____
Nom de fille _____ (other name(s)/autre nom(s))

Permanent mailing address _____
Adresse postale permanente

Telephone/Téléphone _____ E-mail/Courriel _____ Date of birth _____
Date de naissance _____ (day/jour - month/mois - year/année)

Country of birth _____
Pays d'origine _____ Language preference _____
Langue préférée _____

B. NURSE PRACTITIONER EDUCATION / FORMATION INFIRMIÈRE PRATICIENNE

School _____
École de formation _____ (name/nom) _____ (city/ville)

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

Program of Study _____
Programme d'étude _____ Primary Health Care NP
IP en soins de santé primaires Other specialty _____
Autres spécialité _____ Specify _____
Veuillez préciser

C. ARE YOU CURRENTLY REGISTERED AS AN RN IN NEW BRUNSWICK? YES REG # _____ NO
ÉTES-VOUS ACTUELLEMENT IMMATRICULÉE À TITRE D'II AU NOUVEAU-BRUNSWICK? OUI # D'IMMATRICULE _____ NON

D. INITIAL AND CURRENT RN REGISTRATION / IMMATRICULATION D'INFIRMIÈRE ORIGINALE ET ACTUELLE

1. Initial RN Reg # _____
Numéro d'immatricule originale _____ Province/ State/ Country _____
Province/ État/ Pays

2. Current RN Reg # _____
Numéro d'immatricule actuelle _____ Province/ State/ Country _____
Province/ État/ Pays

E. INITIAL AND CURRENT NURSE PRACTITIONER REGISTRATION / IMMATRICULATION D'INFIRMIÈRE PRATICIENNE ORIGINALE ET ACTUELLE

1. Have you ever been registered as a nurse practitioner in another Canadian Province? Yes _____ No _____
Avez-vous déjà été immatriculée à titre d'infirmière praticienne dans une autre province canadienne? Oui _____ Non _____

2. If yes, please list. _____
Si oui, veuillez préciser.

3. Initial NP Reg # _____
Numéro d'immatricule originale _____ Province/ State/ Country _____
Province/ État/ Pays

4. Current NP Reg # _____
Numéro d'immatricule actuelle _____ Province/ State/ Country _____
Province/ État/ Pays

5. Have you written the Canadian Nurse Practitioner Examination: Family/All Ages or another Canadian NP exam before?
Avez-vous déjà écrit l'Examen canadien des infirmières/infirmiers praticiens (familles/tous âges) ou un autre examen d'IP?
 Yes No Other (specify) _____ If yes, where? _____ how many times? _____
Oui Non Autre (identifier) Si oui, où? combien de fois?

6. School of initial RN Education / école de formation initiale II: _____ Program Length/durée du programme: _____ Years/années
Graduation Year/Année d'obtention du diplôme: _____

F. DECLARATION / DÉCLARATION

1. Is your registration (RN or NP) currently suspended, revoked, subjected to conditions or restrictions or under investigation in another jurisdiction? Yes/Oui _____ No/Non _____
Est-ce que votre permis d'exercice (II ou IP) 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? Yes/Oui _____ No/Non _____

2. If yes, please specify. _____
Si oui, veuillez spécifier.

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

4. Anticipated date of employment _____
Date d'emploi prévue _____ Place _____
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 _____