



## 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 \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_