Nurses Association OF NEW BRUNSWICK *Association des infirmières et infirmiers* DU NOUVEAU-BRUNSWICK
165, rue Regent Street, Fredericton N.-B., Canada, E3B 7B4

VÉRIFICATION DE L'IMMATRICULATION À TITRE D'INFIRMIÈRE PRATICIENNE

Partie A (La partie A doit être remplie par la candidate. Ensuite, veuillez acheminer le formulaire à l'organisme de réglementation auprès duquel vous êtes actuellement immatriculée à titre d'infirmière praticienne.)

J'ai, _____, obtenu mon diplôme du programme
(Prénom(s)/nom de famille/nom de jeune fille)

de formation d'infirmières praticiennes _____ le_____.
(École) (Date)

Je suis actuellement immatriculée à titre d'infirmière praticienne dans la province de _____

sous le numéro matricule _____.

Date : _____ Signature de la candidate : _____

Partie B (À remplir par l'organisme de réglementation qui a délivré l'immatriculation d'infirmière praticienne.)

Nous attestons par la présente que _____ a obtenu
(Prénom(s)/nom de famille/nom de jeune fille)

son diplôme du programme de formation d'infirmières praticiennes _____
(École)

le _____.
(Date)

Le programme d'études portait sur les soins de santé primaires ☐ ou autre spécialités ☐ (veuillez préciser : _____).

Il s'agissait d'un programme approuvé au moment de l'obtention du diplôme : oui _____/non _____

Cette personne a obtenu son immatriculation d'infirmière praticienne le _____
jour/mois/année

portant le numéro matricule _____.

Le statut de l'immatriculation actuelle de cette personne auprès de notre organisme de réglementation est :

_____. Valide jusqu'au : _____.

Statut de l'immatriculation pour les **2** années précédentes : Statut _____ Année _____

Statut _____ Année _____

L'immatriculation de cette infirmière praticienne a-t-elle déjà été suspendue ou révoquée? _____.
oui/non

Si vous avez répondu oui, veuillez fournir des détails.

SCEAU

_____
Signature

_____
Titre

_____
Date