AIINB

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

CONFIRMATION DES HEURES: INFIRMIÈRE PRATICIENNE

SECTION A *Devant être rempli par le candidat ou la candidate et envoyé à l'employeur.*

Nom: _____
nom de famille prénom deuxième prénom

Nom de fille:_____ **Ancien nom(s):**_____

Date de naissance: _____/_____/_____ **# d'immatriculation:** _____
jour mois année

J'était à l'emploi de votre institution à titre d'infirmière praticienne immatriculée

de: _____/_____ **à:** _____/_____
mois année mois année

Je consens à ce que les renseignements requis par ce formulaire parvienne à l'AIINB.

_____ _____
date signature

SECTION B *Devant être remplie par l'employeur et retournée directement a l'AIINB à* aiinbimmatriculation@aiinb.nb.ca.

J'atteste que _____ **a exercé à titre d'infirmière pra~~e~~ticienne à cet institution.**
nom de l'infirmière

Les renseignements suivant sont un relève exact de ses heures de pratique par année, pour les trois dernières années comme infirmière praticienne immatriculée.

1 jan, ____ à 31 déc , ____ = _____ heures
année année
1 jan, ____ à 31 déc , ____ = _____ heures
année année
1 jan, ____ à 31 déc , ____ = _____ heures
année année

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYEUR

_____
nom imprimé signature date

_____
titre nom de l'institution

_____
adresse ville province/état pays

_____
numéro de téléphone adresse courriel

Ce formulaire doit être retournée directement à l'AIINB.