

Réseau Canadien d'infirmière première assistante en chirurgie



Formulaire d'inscription

Juillet 1, 20__ to Juin 30, 20__

PERSONNEL		
Nom de Famille		Prénom:
Adresse:		
Ville	Province:	Code postal
Telephone (domicile):		Numéro Fax domicile:
Courriel domicile :		
Numéro de permis: (obligatoire)		
CPN(C): Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> si oui année de la certification/recertification		Association professionnelle: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (Ontario, BC seulement)
Statut de membre Actif <input type="checkbox"/> Associé <input type="checkbox"/> Honoraire <input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/>		
Numéro de permis association professionnel # _____		(recommandé)

EMPLOYEUR	
Employeur/Hôpital	
Adresse de l'employeur:	
Téléphone au travail :	Courriel au travail:
Statut temps complet <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Occasionnel <input type="checkbox"/> Recherche d'emploi <input type="checkbox"/> Retraitée <input type="checkbox"/>	
Spécialité: IPAC <input type="checkbox"/> Educatrice <input type="checkbox"/> Gestion <input type="checkbox"/> Recherche <input type="checkbox"/> Infirmière de salle <input type="checkbox"/> Autre: _____	

EDUCATION (Cocher ce qui est pertinent)
Diplôme <input type="checkbox"/> Baccalauréat <input type="checkbox"/> Maitrise <input type="checkbox"/> PhD <input type="checkbox"/> doctorat <input type="checkbox"/> autres
Je complète un programme d'étude ! oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Administration seulement			
Date Reçue:	Chèque <input type="checkbox"/> \$ <input type="checkbox"/>	Montant \$	Reçu no:
Région :			
No de membre: RNFA- _____			

Affiliée à l'AIISOC