



This application must be submitted by the deadline date of / cette demande doit être soumise par la date limite du:

July 20 / 20 juillet : Spring examinations / examens du printemps
November 30 / 30 novembre : Fall examinations / examens de l'automne

1. ID Number/numéro d'identité: _____
2. Specialty/spécialité: _____
3. Surname/nom de famille: _____
4. Given names in full/prénom: _____
5. Home address/adresse résidentielle: _____

Street number and name/numéro et nom de la rue _____ Apt number/n° d'app _____

City/ville _____ Province or State/province ou État _____ Postal Code/code postal _____

Telephone/téléphone _____ Fax/télécopieur _____ E-mail/courriel _____

6. List in chronological order postgraduate training since, **END OF RESIDENCY**; giving exact dates (day/month/year); nature of appointment; type of training, and name and mailing address of training program director. **Documentation of training MUST accompany the application.** Documents in foreign languages must be translated into English or French as true translations.

Donnez en ordre chronologique tous les détails de votre formation poste universitaire acquise depuis, **FIN DE RÉSIDENCE**; sa nature, les endroits, les dates et la durée, et les postes occupés. Donnez les noms des chefs de service où vous avez acquis votre formation. **La documentation d'appui est nécessaire à la demande.** Les documents en langues étrangères doivent être traduits en anglais ou en français et les traductions doivent être certifiées comme étant une traduction exacte des originaux.

Dates d/j m/m y/a	Positions	Rotations/ stages	Hospital/University Hôpital/Université	Program Director Name, fax & e-mail/nom du directeur de programme, télécopieur et courriel



CREDIT CARD AUTHORIZATION
AUTORISATION DE L'USAGE DE LA CARTE DE CRÉDIT

ONE TIME USE ONLY / VALABLE UNE SEULE FOIS

I authorize the Royal college to charge
the non-refundable assessment fee to
my credit card for the amount indicated.

J'autorise le Collège royal à débiter
les frais d'évaluation non remboursable
de ma carte de crédit pour la somme
indiquée.

NAME OF APPLICANT:
NOM DE L'ASPIRANT:

Please print / veuillez imprimer

Amount / montant: \$ _____ Canadian funds / Fonds canadien**

Mastercard _____ Visa _____ American Express _____

Card Number / numéro de la carte: _____

Expiry Date (MM/YY) / date d'expiration (MM/AA): _____ / _____

Cardholder's name:

Nom du détenteur de la carte : _____

PRINT CLEARLY / IMPRIMEZ LISIBLEMENT

Cardholder's signature:
Signature du détenteur
de la carte :

****Please note / Prière de noter :The Royal College will charge the credit card in
Canadian dollars. / Le Collège royal débitera la
carte de crédit en dollars canadiens.**

Royal College use only

ID number: _____

Specialty Name : _____

Specialty Code: _____

Financial Rev Code: _____

Agent initials: _____