



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 (fee : \$730) / examens du printemps (frais : 730 \$)

November 30 / 30 novembre : Fall examinations (fee : \$380) / examens de l'automne (frais : 380 \$)

***Late applications are subject to penalty fees. / Des frais de retard s'appliquent aux demandes tardives.**

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

7. Nature of practice/nature de la pratique:
(Places, dates and hospital staff appointment since/endroits, durées et postes dans les hôpitaux depuis):

8. Date and place of current licence to practice (enclose documentation)
Date et endroit courant de votre permis d'exercice (annexer les documents):

9. Have you ever had your license or certification revoked by any medical authority and/or been subjected to disciplinary action of any kind by such an authority? No ___ Yes ___ Please explain

Avez-vous fait l'objet d'une révocation de votre permis ou certificat par une autorité médicale et/ou fait l'objet de mesures disciplinaires? Non ___ Oui ___ Veuillez préciser

DECLARATION/DÉCLARATION

I understand that any misinformation in this Application or in any document at any time Provided by me in support of my application may lead to refusal of my application or withdrawal of eligibility previously granted.

I agree to abide by the decisions of the Royal College.

Il est entendu que si je fais une fausse déclaration dans cette présente demande ou dans tout autre document à l'appui de ma demande, celle-ci pourrait entraîner le rejet de ma demande ou l'annulation de l'admissibilité qui m'a déjà été accordée.

J'accepte d'avance les décisions qui pourront être prises par le Collège royal.

Signature: _____
Sign full name/signez nom au complet

Date: _____
Day/month/year jour/mois/année





ROYAL COLLEGE

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 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.

APPLICANT:

ASPIRANT:

Please print / veuillez imprimer

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

Mastercard _____ Visa _____ American Express _____

Card number / numéro de la carte: _____

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

Cardholder's name:

Owner of the card: _____

PRINT CLEARLY / IMPRIMEZ LISIBLEMENT

Signature:

Signature of the cardholder:

:

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: _____

Financial Rev Code: _____

Agent initials: _____

