



Canadian Orthopaedic Nurses Association Association Canadienne des Infirmières et Infirmiers en Orthopédie

Membership Application Form – Formulaire d’adhésion

| | | |
|---|---|--|
| Surname / Nom | Membership Year (June 1 to May 31) Année d’adhésion (1er juin au 31 mai) | |
| First / prénom | | |
| Street / rue | Please indicate – Prière d’indiquer | |
| City / Ville | <input type="radio"/> New member – nouveau membre | |
| Prov | <input type="radio"/> Renewal – renouvellement #no. | |
| Postal Code | | |
| Phone/Téléphone | Type of Membership – genre d’adhésion | |
| E-mail/courriel | <input type="radio"/> RN/LPN/RNA <i>Yearly Fee/ frais annuels</i> \$100.00 | |
| | <input type="radio"/> Other : OT/PT/ ortho tech <i>Yearly Fee/ frais annuels</i> \$ 75.00 | |
| CONA Chapter / chapitre de l’ACIIO | <input type="radio"/> Retired/ retraité(e) <i>Yearly Fee/ frais annuels</i> \$ 35.00 | |
| Dues payable to CONA by on-line ,cheque or money order - Faire remise par chèque ou mandat-poste à l’ACIIO | | |

| | | |
|--|---|--|
| <p>1. Professional Status/statut professionnel</p> <p><input type="radio"/> RN/Infirmier -infirmière</p> <p><input type="radio"/> Other – Specify/autre - spécifiez _____</p> <p>2. Level of education/niveau d’éducation</p> <p><input type="radio"/> Diploma-Nursing/techniques infirmières</p> <p><input type="radio"/> Baccalaureate-Nursing/ baccalauréat sciences infirmières</p> <p><input type="radio"/> Baccalaureate-other/autre baccalauréat _____</p> <p><input type="radio"/> Masters – Specify/maîtrise- spécifiez _____</p> <p><input type="radio"/> Doctorate – Specify/doctorat- spécifiez _____</p> <p><input type="radio"/> Other – Specify/autre - spécifiez _____</p> | <p>Area of Practice/domaine de pratique professionnelle <input type="radio"/> Adult Orthopaedics (In-Patient) orthopédie adultes (Etages)</p> <p><input type="radio"/> Paed. Orthopaedics (In-Patient) orthopédie enfants (Etages)</p> <p><input type="radio"/> Operating Room/salle d’opération</p> <p><input type="radio"/> Clinic/clinique <input type="radio"/> Ambulatory Care (Out Patient) soins ambulatoires</p> <p><input type="radio"/> Other – Specify/autre spécifiez: _____</p> <p>4. Position/poste</p> <p><input type="radio"/> Staff nurse/ infirmière</p> <p><input type="radio"/> Head nurse/ infirmière en chef</p> <p><input type="radio"/> Clinical nurse specialist/ infirmière clinicienne</p> <p><input type="radio"/> Nursing administrator/ gestionnaire</p> <p><input type="radio"/> Other – Specify/autre - spécifiez _____</p> | <p>5. Employment Status/statut d’emploi</p> <p><input type="radio"/> Full Time/temps plein</p> <p><input type="radio"/> Part Time/temps partiel</p> <p><input type="radio"/> Casual/disponibilité</p> <p><input type="radio"/> Not Employed/sans emploi</p> <p><input type="radio"/> _____ Retired/ retraité(e)</p> <p>6. Do you belong to the C.N.A.?/ Etes-vous membre de l’AIC?</p> <p><input type="radio"/> Yes/oui</p> <p><input type="radio"/> No/non</p> <p>7. Do you belong to another special interest group?/ Membre d’un autre groupe d’intérêt spécial?</p> <p style="text-align: center;">Yes/oui No/non</p> <p>_____</p> <p>Send to/ Envoyer à: Guillaine Anderson 7714-80 ave Edmonton, Alberta T6C 0S4</p> |
|--|---|--|