



Resident/Student Affiliation Association pour résident/étudiant

Name /Nom : _____

Please specify/veuillez indiquer : University/Université:

Description of Program/Description du programme :

Expected completion date of program (mm/dd/yyyy)/Fin prévue du programme (jj/mm/aaaa) :

ENDORSEMENT FOR RESIDENT/STUDENT ATTESTATION D'ÉTUDES POUR RÉSIDENT/ÉTUDIANT

Name of University or College/Nom de l'université ou collège : _____

Description of Program/Description du programme : _____

Year ____ of a ____ year program. /Année_____ d'un programme de ____ ans.

Expected completion date of program (mm/dd/yyyy)/Fin prévue du programme (jj/mm/aaaa) :

I, the undersigned, certify that the applicant is engaged in health profession training, or postgraduate training at the above-mentioned university or college.

Je, soussigné, atteste que le candidat est inscrit à une formation professionnelle de la santé ou de troisième cycle de formation mentionné ci-dessus à l'université ou au collège.

Dean of Program, Department Head, or Program Registrar (PLEASE PRINT)
Responsable du département ou Directeur du programme (en caractères d'imprimerie)

Signature

Date