

**APPLICATION FOR MEMBERSHIP
DEMANDE D'ADHÉSION**

Name/Nom: _____
(Surname/nom de famille) (First name/prénom)

Addresses/Adresses:
Home: _____
Domicile: _____

() _____
Tel./Tél. Fax/Télécopieur Email/C-élec.

Office: _____
Bureau: _____

() _____
Tel./Tél. Fax/Télécopieur Email/C-élec.

Please indicate your mailing address (which will be published in the membership directory)
Veuillez indiquer votre adresse de correspondance (qui sera publié dans le répertoire de membres)

Home Office
Domicile Bureau

Send Correspondence in/ Envoyer ma correspondance en: Eng/Angl
Fren/Fran.

Date of Birth/Date de naissance: _____ Sex M
M/M D/J Y/A Sexe F

Medical School/Faculté de médecine Degree/Degré Year/Année

University/Université (Nuclear Medicine Training/Formation en médecine nucléaire) Year/Année

Membership Category / Catégorie de Membre	Full Member / Membre Régulier	\$300.00	
	Resident / Résident	\$ 5.00	

Please Fax the completed form to the CANM Office at 613-730-1116