

Formulaire des participants au cours d'instructeur ÉTG

Maître Instructeur

Nom: _____ Date du cours: _____ Nom de l'hôpital: _____

Ville: _____ Province: _____

Nom des participants	Courriel	Adresse	Ville, Province, Code postal	Téléphone	Membre de NENA
					o / N
					o / N
					o / N
					o / N
					o / N

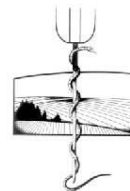
SVP soumettre via fax (613) 523-0190 ou courriel: ctas@caep.ca



CAEP | Canadian Association
of Emergency Physicians
ACMU | Association canadienne
des médecins d'urgence



Canadian
Paediatric
Society



ASSOCIATION
DES MÉDECINS
D'URGENCE
DU QUÉBEC