

## Liste tabloïde des participants

Instructeur responsable

Nom: \_\_\_\_\_ Date du cours: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_

Nom de l'hôpital: \_\_\_\_\_

Nom des participants	Courriel

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



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

