



Médecin :  
Nom : \_\_\_\_\_ Accréditation : \_\_\_\_\_  
Établissement : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Lien avec le candidat : \_\_\_\_\_

**Partie 2 : Veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous sur cette page ou sur une page séparée ou, pour les Parties 2.1 à 2.3, indiquez que l'information demandée est clairement énoncée dans le curriculum vitae que vous joindrez à votre demande :**

2.1 Études: voir CV   
INSTITUTION MAJEURE DATES DIPLÔME

2.2 Associations professionnelles (incluant autres accréditations) : voir CV   
ASSOCIATION DATES TITRE DE MEMBRE FONCTIONS EXERCÉES

2.3 Affectations (universités, départements d'oncologie et établissements médicaux) : voir CV   
INSTITUTION OU ÉTABLISSEMENT DÉPARTEMENT AFFECTATION DATES

2.4 Expériences professionnelles : voir CV   
EMPLOYEUR TITRE OU POSTE FONCTIONS DATES

### Partie 3 : Demande d'adhésion à titre de Fellow

Remplissez les parties A, B et C.

#### A. EXPÉRIENCE :

Je présente ma demande pour passer l'examen d'adhésion de Fellow pour l'année 20\_\_\_\_. En date du \_\_\_\_\_(date), je revendique les états de service suivants comptant pour les sept années d'expérience en physique médicale exigées :

**Veillez inscrire les détails :**

Réclamez une année pour chaque année d'expérience de travail à temps plein en physique médicale. (N'incluez pas le temps que vous avez passé dans un programme d'études supérieures.)

(Un minimum de sept années est exigé.)

Réclamez \_\_\_\_\_ années.

#### B. Domaine de spécialisation choisi :

- Physique de la radio-oncologie :
- Physique de la médecine nucléaire :
- Physique de la radiologie diagnostique :
- Imagerie par résonance magnétique :

Je demande que l'examen oral se déroule en français  \*

Je demande que l'examen oral se déroule en anglais

**\* Le CCPM s'efforcera d'offrir l'examen en français, lorsque demandé. Cependant, ceci ne peut être garanti, car dépendant de la disponibilité des examinateurs compétents.**

#### C. Lien avec le service des Canadiens :

Le processus d'accréditation du CCPM est destiné au service des Canadiens. Les candidats sont tenus de satisfaire au moins l'un des critères suivants :

- citoyen canadien       résident du Canada       obtenu un diplôme universitaire au Canada
- avoir complété un programme de résidence en physique médicale au Canada       offre d'emploi confirmée au Canada

#### D. Entente sur la non-divulgence (Article C.8.1 des Règlements)

J'ai lu les Règlements du CCPM, en particulier les articles C.8.1 et D.3.3, et je reconnais en signant la présente demande que je suis au courant de la déclaration du CCPM sur la non-divulgence et la tricherie et que je conviens de la respecter.

J'atteste que l'information contenue dans cette demande et dans le curriculum vitae qui l'accompagne est vraie. J'accepte que le Conseil d'administration du Collège canadien des physiciens en médecine soit le seul juge de mes compétences afin que je sois et demeure un membre du Collège. J'autorise le CCPM à contacter toute personne, institution ou établissement jugé(e) nécessaire pour confirmer mes allégations

Signé \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Les formulaires dûment remplis et les frais d'adhésion doivent être envoyés à :

**Poste :**           **Registraire du CCPM**  
                          **300 March Road, Suite 202**  
                          **Kanata, ON K2K 2E2**

**Si vous préférez payer par carte de crédit, veuillez remplir la partie suivante :**

Numéro de la carte Visa/MasterCard : \_\_\_\_\_ Date exp. : \_\_\_\_/\_\_\_\_

CVV : \_\_\_\_\_

Nom du détenteur de la carte : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_