



**Conseil Canadien des Technologues Accrédités en
électroencéphalographie Inc.**

Formulaire d'application pour candidature

Nom de l'appliquant : _____

Adresse : _____

Tél: () _____ Courriel: _____

Institut/Collège/Employeur (où a eu lieu la formation)

Tél : () _____ Courriel: _____

Durée de la formation De : _____ à : _____

Date : _____ Signature de l'appliquant : _____

Frais d'inscription \$57.50

Envoyez un CHÈQUE ou MANDAT-POSTE payable à : C.B.R.E.T.Inc., avec le formulaire d'inscription dûment rempli à :

C.B.R.E.T., Inc., Registrar
Susan McGregor, R.E.T., ENP, RT(EMG), DipIT
Clinical Neurophysiology, Rm C1100
Foothills Medical Centre,
1403 29th St. NW
Calgary, AB. T2N 2T9
Tel: ((403)944-8310 Fax: (403)270-8993
Email: CBRETRegistrar@shaw.ca