



**New Brunswick Society of Medical Laboratory Technologists**

**Association des technologistes de laboratoire médical du N.-B.**

**Application form - Formulaire de demande**

[www.nbsmlt.nb.ca](http://www.nbsmlt.nb.ca)

- 1. Date:**
- 2. CSMLS# / #SCSLM**
- 3. CSMLS Membership/Adhésion SCSLM**
- 4. Last Name/Surnom**
- 5. First Name/Prénom**
- 6. Permit or membership type requested/ Type de permis ou adhésion demandé:**
- 7. Street Address / adresse postale**
- 8. City/Ville**
- 9. Province**
- 10. Postal code**
- 11. Telephone/téléphone**
- 12. e-mail / courriel**
- 13. Year of birth/année de naissance**
- 14. languages spoken/ langues parlées**
- 15a Training program/ formation**
- 15b. Name of education institution/ Nom de l'institution de formation**
- 15c. Graduation Date /Date de l'obtention du diplôme**
- 16. Anticipated date of employment/ date prévu de l'emploi**
- 17. Name of new employer / nom du nouvel employeur**
- 18. MLT only:** Have you worked at least 750 hours as an MLT in the past 3 years? if yes, please attach proof of hours worked from employer **TLM:** *Est-ce que vous aviez travaillé au moins 750 heures comme étant TLM les 3 dernières années? Si oui, veuillez nous fournir une preuve d'heures travaillées de votre employeur.*
- Yes/oui      No/non

**19. MLT only:** Are you currently registered as an MLT in another province? If yes, please attach a letter of good standing from the regulating body. **TLM:** *Est-ce ce que êtes immatriculés dans une autre province? Si oui, veuillez joindre une lettre d'attestation de l'ordre professionnel*

Yes/ Oui                  Non/No

**20. Declaration of conduct / déclaration de conduite**

**Are you currently the subject of a proceeding involving an allegation of professional misconduct, incompetency, incapacity or abuse in relation to the profession or health profession either in New Brunswick or other jurisdiction?**

*Êtes-vous actuellement en cause dans une instance impliquant une allégation de faute professionnelle, d'incompétence, d'incapacité ou d'abus à l'égard de la profession ou d'une autre profession de la santé, soit au Nouveau-Brunswick, soit dans une autre juridiction?*

Yes/oui                  No/non

**Have you been found guilty of a criminal offence or any offence related to the regulation of practice of the profession?**

*Avez-vous été reconnu coupable d'une infraction criminelle ou d'infraction reliée à la réglementation de l'exercice de la profession?*

Yes/oui                  Non/no

**Have you ever been the subject of a finding of professional misconduct, incompetency, incapacity or abuse in relation to the profession or another health profession, either in New Brunswick or in another jurisdiction?**

*Avez-vous déjà fait l'objet d'une constatation de faute professionnelle, d'incompétence, d'incapacité ou d'abus relative à la profession ou à une autre profession de la santé, au Nouveau-Brunswick ou dans un autre territoire?*

Yes/oui                  No/non

**Has a finding of professional negligence or malpractice ever been made against you?**

*Avez-vous déjà fait l'objet d'une négligence professionnelle ou une faute professionnelle?*

Yes/oui                  No/non

**If you have answered yes to any of the above questions, please attach all necessary documents.**

*Si vous aviez répondu "oui" à une/plusieurs des questions, veuillez joindre les documents nécessaires*

**21. Citizenship / citoyenneté**

Canadian citizen / citoyen canadien

Permanent resident of Canada/ résident canadien du Canada

Authorized under the Immigration and Refugee Protection Act (Canada) to engage in the practice of the profession? / autorisé sous la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés

**22. \*\*\*Please submit Horizon/Vitalité/GNB work computer access username ( or within 30 days of employment) to [office@nbsmlt.nb.ca](mailto:office@nbsmlt.nb.ca) \*\*\*SVP soumettre votre nom d'utilisateur Vitalité/Horizon/GNB (accès ordinateur au travail) en dedans de 30 jours à [office@nbsmlt.nb.ca](mailto:office@nbsmlt.nb.ca)**

**I declare the above statements to be true and understand that in New Brunswick, and that it is illegal to practice without a valid Medical Laboratory Technologist's license.**

**I declare that I will keep my contact information updated in the Service NB portal and keep current with NBSMLT communications via the email address that I have provided.**

Je déclare que les faits exprimés ci-haut sont véridiques et je comprends qu'en Nouveau-Brunswick, il est illégal d'exercer la profession de Technologiste de Laboratoire Médical sans certificat d'immatriculation en règle.

Je déclare de tenir mon information de contact courante dans le portail de Service NB et de lire régulièrement les bulletins envoyés par courriel par l'ATLMNB.

**Signature:** \_\_\_\_\_ **Date;** \_\_\_\_\_

---

**ADMINISTRATION ONLY / SEULEMENT**

Payment received for initial application or reinstatement /paiement reçu demande initiale/réintégration

Yes/oui            No/non

Payment received for annual license registration/paiement reçu pour le permis annuel

Yes/oui            No/non

NBSMLT Registration form received/formulaire d'immatriculation ATLMNB reçu

Yes/oui            No/non

Proof of CSMLS membership received? /preuve d'adhésion SCSLM reçu

Yes/oui            No/non

Letter of good standing rec'd ( out of province) / lettre d'attestation reçu ( hors province)

Yes/oui            No/non

Letter from MLT program rec'd ( temporary) / Lettre du programme TLM reçu( temporaire)

Yes/oui            No/non

Employer letter of hire rec'd (Temporary) / lettre d'offre d'emploi reçu (temporaire)

Yes/oui            No/non

Permanent residency/work permit received (temporary-IEMLT)/ permis de travail/résidence permanente reçu (Temp/TLMFÉ)

Yes/oui            No/non

Proof of PDP credit hours and reinstatement training plan received (reinstatement )Preuve d'heures FC et plan de réintégration reçu

Yes/oui            Non/no

Access granted to NBSMLT website/Accès au site ATLMNB

Yes/oui            No/non

Email added to mailchimp?/courriel ajouté -liste distribution?

Yes/oui            No/non

Name added to roster on website/nom ajouté au tableau -site web

Yes/oui            No/non

Username to Service NB portal requested / Nom d'utilisateur

USERNAME/Nom d'utilisateur SNB:

Yes/oui            No/non

Processed by/traité par:

Date:

Approved/approuvé

Yes/oui

No/non

NOTES