

NEW BRUNSWICK SOCIETY OF MEDICAL LABORATORY TECHNOLOGISTS  
L'ASSOCIATION DES TECHNOLOGISTES DE LABORATOIRE MEDICAL  
DU NOUVEAU BRUNSWICK

BP 30085, RPO Prospect Plaza, Fredericton NB E3B 0H8 TEL: 506-855-0547 email/courriel: Office@nbsmlt.nb.ca

**APPLICATION FOR REINSTATEMENT / DEMANDE RÉINTÉGRATION**

I hereby make this application for reinstatement with NBSMLT.

Par la présente, je fais une demande de réintégration auprès de l'ATMLNB.

**PLEASE PRINT/S.V.P. EN LETTRES MOULÉES**

Name(Nom) \_\_\_\_\_  
(surname/nom) (given names, Prénom) (maiden name/nom de fille)

**Permanent Mailing**

Address \_\_\_\_\_  
(Adresse postale permanente)

Postal Code/(Code postal) \_\_\_\_\_ Telephone/(Téléphone) \_\_\_\_\_

Date of

Birth \_\_\_\_\_ Citizenship(Citoyenneté) \_\_\_\_\_  
(Date de naissance) (day/jour - month/mois - year/année)

Languages Spoken/(Langues parlées) \_\_\_\_\_

Date of Graduation \_\_\_\_\_ CSMLS Membership Number \_\_\_\_\_  
(Date de l'obtention du diplôme) (Numéro d'affiliation de l'SCSLM)

Have you ever been registered as a medical laboratory  
technologist in another Canadian province? **yes/oui** **no/non**  
(Avez-vous déjà été immatriculé à titre de technologist(e) de laboratoire  
médical dans une autre province canadienne?)

If yes, please  
list \_\_\_\_\_  
(Si oui, veuillez préciser)

Is your registration presently suspended, revoked or under investigation in another  
jurisdiction? (Votre immatriculation est-elle présentement suspendue, révoquée ou fait-elle l'objet d'une  
enquête ailleurs?) **If yes, please**

**specify** \_\_\_\_\_  
(Si oui, veuillez spécifier.)

Anticipated date of  
employment \_\_\_\_\_ Place \_\_\_\_\_  
(Date d'emploi prévue) (Endroit)

I declare the above statements to be true and understand that in New Brunswick, it is  
illegal to practice without a valid Medical Laboratory Technologist's license.  
*Je déclare que les faits exprimés ci-haut sont véridiques et je comprends qu'au Nouveau-  
Brunswick, il est illégal d'exercer la profession de Technologiste de Laboratoire Médical  
sans certificat d'immatriculation en règle.*

Applicant's Signature (Signature du candidat) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Payment section/section de paiement: Fee/Frais: \$200,00**

Cheque (Payable to the NBSMLT/Payable à la ATLMNB)  Payment on-line by Paypal (www.nbsmlt.nb.ca)