

**Instructions and Important Information/ Directives**

Please print and sign when completed.  
Veuillez l'imprimer et le signer une fois rempli.

Nominating Dean /  
Nomination Doyen

University / Université

Please complete the application, ensuring that the following criteria have been met. / Veuillez compléter cette demande, en vous assurant que les critères ci-dessous ont été rencontrés.

- Applicant has had 5 years of experience in a full time academic position. / Le(la) candidat(e) a 5 ans d'expérience à un poste universitaire à temps plein.
- The Dean must submit this application, accompanied by a cheque or credit card authorization for **\$5,260.00** (non-refundable) in payment of the assessment fee, payable to the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. / Le Doyen doit soumettre cette demande, accompagnée d'un chèque ou d'autorization de paiement par carte de crédit au montant de **5,260.00.\$** (non-remboursable) comme frais d'évaluation, à l'ordre du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.
- A letter of support from the Dean has been enclosed. / Une lettre d'attestation du Doyen est ci-jointe.
- A letter of support from the Chair of the department has been enclosed. / Une lettre d'attestation du chef de département est ci-jointe.
- A copy of the Offer of Employment or Employment Contract is enclosed / Une copie de l'offre d'emploi ou le contrat d'emploi de l'Université est inclus.
- An updated curriculum vitae and bibliography are enclosed. / Un curriculum vitae à jour et une bibliographie sont ci-joints.
- Documentary evidence must be enclosed for questions 1, 2, 3, 5 and 6. / Preuves documentaires doivent être jointes pour les questions 1, 2, 3, 5 et 6.
- CPD enrollment mandatory / Inscription au Programme de DPC obligatoire.

In support of this application, I supply the following information about the **nominee** /  
Afin d'appuyer cette demande, je fournis les renseignements suivants concernant le(la)  
**candidat(e)**:

### Personal data / Renseignements personnels

Name / Nom					
Sex/ Sexe		Date of Birth/ Date de naissance	DD	MMM	YYY
Language / Langue (For communication /Pour correspondance)	<input type="radio"/> English		<input type="radio"/> Français		
Specialty and/ or Subspecialty / Spécialité et/ou Surspécialité					
<input type="radio"/> Associate Professor/ Professeur agrégé			<input type="radio"/> Full Professor / Professeur titulaire		

### Contact Information/ Coordonnées

<input type="checkbox"/> Home address / Adresse personnelle		<input type="checkbox"/> Business address / Adresse professionnelle	
Street name and number Line 1 / Nom et numéro de la rue Ligne 1			
Street name and number Line 2 / Nom et numéro de la rue Ligne 2			
City/ Ville	Province	Postal code / Code postal	
Phone number/ Téléphone	Phone number/ Téléphone		
<input type="radio"/> Home / Domicile	<input type="radio"/> Business/ Travail	<input type="radio"/> Cell/ Cellulaire	<input type="radio"/> Home / Domicile
<input type="radio"/> Business / Travail	<input type="radio"/> Cell/ Cellulaire	<input type="radio"/> Home / Domicile	<input type="radio"/> Business / Travail
E-mail/ Courriel	E-mail/ Courriel		
<input type="radio"/> Home / Domicile	<input type="radio"/> Business/ Travail	<input type="radio"/> Home / Domicile	<input type="radio"/> Business/ Travail

**1. Primary medical degree or qualification (please provide documentary evidence of MD):**  
Premier diplôme médical ou attestation de compétence (veuillez annexer une preuve documentaire de votre diplôme en médecine) :

Degree / Diplôme			
University / Université			
Date		City / Ville	
		Country / Pays	

**2. Other degrees, diplomas, and specialty qualification (please provide documentary evidence) :**  
Autres diplômes, attestations de compétence, titres justificatifs d'une spécialité médicale (veuillez annexer des preuves documentaires) :

Date	Details / Détails

**3. Current licence(s) to practise (please provide documentary evidence) :**  
Permis d'exercice (veuillez annexer des preuves documentaires) :

Date	Licence / Permis	Place / Endroit



**6. University appointments, including the new appointment in Canada. (Documentary evidence to substantiate attestation of academic appointment from applicant's originating (foreign) institution(s), must accompany the application.)**  
Postes universitaires, y compris le nouveau poste au Canada. (Des preuves documentaires attestant aux postes universitaires occupés par le candidat dans le ou les établissements du pays d'origine, doivent accompagner la demande.) :

Dates	Membership / Adhésion

**7. Nature of practice to date / Genre de pratique jusqu'à maintenant:**

Dates	Place / Endroit	Hospital staff appointment / Poste en milieu hospitalier



**8. Publications (bibliography may be appended if more convenient):**  
Publications (annexer une liste bibliographique, si vous préférez):


**9. Please indicate the anticipated date of arrival of the applicant to assume his/her post /:**  
Veuillez indiquer la date anticipée de l'arrivée du(de la) candidat(e) pour assumer son poste :

--

**10. Any other particulars bearing on this application:**  
Tout autre renseignement pouvant avoir trait à cette demande:

--

Contact for this application (individual the Royal College can contact to obtain additional information, documentation or clarification for this application when required):  
Contact pour cette demande (personne pouvant répondre au Collège royal pour toute information/documentation/clarification additionnelle relative à cette demande lorsque nécessaire:

Name / Nom		
Phone number / Téléphone		Phone number / Téléphone
<input type="radio"/> Home / Domicile <input type="radio"/> Business / Travail <input type="radio"/> Cell/ Cellulaire		<input type="radio"/> Home / Domicile <input type="radio"/> Business / Travail <input type="radio"/> Cell/ Cellulaire
E-mail/ Courriel		E-mail/ Courriel
<input type="radio"/> Home / Domicile <input type="radio"/> Business/ Travail		<input type="radio"/> Home / Domicile <input type="radio"/> Business/ Travail
Signature		
Date		Signature

Dean / Doyen

I understand that any misinformation in this application or in any document at any time provided by me in support of my application may lead to refusal of my application.  
Je comprends que tout faux renseignement dans cette demande ou dans tout autre document soumis par moi en tout temps pour appuyer ma demande peut causer le rejet de ma demande.

Date		Signature	
------	--	-----------	--

Candidate / Candidat(e)

## Credit Card Authorization Form

One time use only

Autorisation de l'usage de la carte de crédit

Valable une seule fois

Date of Application/ Date de la demande

### Applicant Information/Renseignements du requérant:

Name of Applicant/  
Nom du requérant:

Total Amount/  
Montant:

**\*\*Please note:** The Royal College will charge the credit card in Canadian dollars/

**\*\*Prière de noter:** Le Collège royal débitera la carte de crédit en dollars canadiens

Card Type/  
Type de carte de

credit:

Visa

Mastercard

American Express

### Credit Card Information/ Renseignements de la carte de crédit:

Card Number/  
Numéro de la carte:

Expiry Date (MM/YY)/  
Date d'expiration (MM/AA):

Cardholder's Name/  
Nom du détenteur de la  
carte:

By clicking 'I agree', the Royal College is authorized to charge the non-refundable assessment fee to the credit card listed above for the amount indicated/ En cliquant sur le bouton « J'accepte », vous autorisez le Collège royal à débiter les frais d'évaluation non remboursables de la carte de crédit identifiée plus haut au montant indiqué.

**I Agree/ J'accepte**

### ROYAL COLLEGE USE ONLY/ À L'USAGE DU COLLÈGE ROYAL SEULEMENT

Date:

Financial Revenue Code(s)/ Code de revenu financier

Code

Amount/  
Montant

ID Number/  
# d'identification:

Code

Amount/  
Montant

Agent Initials/  
Initiales de  
l'agent:

Code

Amount/  
Montant