

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Établissement _____ poste _____

Établissement _____ poste _____

AFFILIATIONS HOSPITALIÈRES

AFFILIATIONS À DES SOCIÉTÉS MÉDICALES

CERTIFICATIONS

Fellow du CRMCC _____ année _____

CSPQ _____ année _____

Agrégé de l'American Academy of Dermatology _____ année _____

Conseils de dermato-pathologie _____ année _____

Autres _____ année _____

Permis d'exercice de la médecine _____

RÉFÉRENCES : Deux membres en règle de l'ACD

Nom _____ N° de tél. _____

Nom _____ N° de tél. _____

DOMAINES D'INTÉRÊT PARTICULIER :

Êtes-vous disposé-e à parler aux journalistes de vos domaines de spécialité ? Oui Non

Dans quelle langues préférez-vous correspondre avec l'ACD ? Français Anglais

Votre photo aux fins d'archives Jointe Suivra

Signature _____ Date _____