

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Établissement _____ poste _____

Établissement _____ poste _____

AFFILIATIONS HOSPITALIÈRES

AFFILIATIONS À DES SOCIÉTÉS MÉDICALES

CERTIFICATION EN DERMATOLOGIE *(Veuillez joindre une photocopie de vos documents de certification en dermatologie, ainsi qu'une traduction des documents s'il sont rédigés dans langue autre que le français ou l'anglais)*

Conseils internationaux _____ année _____

_____ année _____

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, si possible

Nom _____ N° de tél. _____

Nom _____ N° de tél. _____

DOMAINES D'INTÉRÊT PARTICULIER :

Dans quelle langue préférez-vous correspondre avec l'ACD ?

Français

Anglais

La désignation de membre international est révoquée si le(la) candidat(e) déménage au Canada ou aux États-Unis.

Signature _____ Date _____