



# The Canadian Board For Respiratory Care

## Application for:

(Please check appropriate box/boxes)

- CSRT Certification Examination / l'Examen de certification de la SCTR**
- CARTA Registration Examination\*(Alberta)**
- CRTO Registration Examination \*(Ontario)**
- MARRT Registration Examination\*(Manitoba)**
- NSCRT Registration Examination (Nova Scotia)**
- SCRT Registration Examination \*(Saskatchewan)**

**(Eligibility will be confirmed by the organization(s) indicated above, please contact the organization(s) that you have indicated to review the eligibility requirements)**

**NOTE: Signing this application provides for release of examination results and statistical data to the organization(s) indicated above and /or the training program listed below.**

**NOTE : La signature de cette application prévoit le dégageant des résultats d'examen et des données statistiques à l'organization/s indiqué ci-dessus et à /or que le programme de formation a énuméré ci-dessous.**

\* Applicants from regulated jurisdictions (Alberta, Ontario, Manitoba, Quebec and Saskatchewan) may be eligible to receive a CSRT RRT certificate in addition to their provincial license, subject to CSRT eligibility requirements. Please contact the CSRT for further details ( [www.csrt.com](http://www.csrt.com) )./ Les demandeurs des juridictions réglées (Alberta, Ontario, Manitoba, Quebec et Saskatchewan) peuvent être éligibles pour recevoir un certificat de CSRT RRT en plus de leur certification provinciale, sujet aux conditions d'acceptabilité de SCTR. Veuillez entrer en contact avec le SCTR pour d'autres détails ( [www.csrt.com](http://www.csrt.com) ).

**Examination Date : January 11, 2010**

PRINT OR TYPE ALL INFORMATION / ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES OU DACTYLOGRAPHIER TOUTE INFORMATION.

1. a) Name in Full/Nom au complet: Mr.  \_\_\_\_\_  
 Ms.  First Name/Prénom Middle Initial/Initiales Surname/Nom de famille

2. Mailing Address/Adresse pour Correspondance

\_\_\_\_\_  
 Apt. # / #App. Street / Rue

\_\_\_\_\_  
 City / Ville

\_\_\_\_\_  
 Province

\_\_\_\_\_  
 Postal Code / Code Postal

\_\_\_\_\_  
 Phone Number/No. de Téléphone

\_\_\_\_\_  
 Email address

3. Please indicate the school you have or expect to graduate from: / S.V.P. indiquez l'école prévue de graduation:

TRU (BC)       MIAHS Toronto       Sherbrooke (QC)       NAIT Edmonton  
 Fanshawe (ON)       SAIT Calgary       Sainte-Foy (QC)       QEII/Dalhousie Halifax  
 Rosemont (QC)       Vanier College (QC)       CNA (NFLD)       Algonquin Ottawa  
 Chicoutimi (QC)       Canadore (ON)       U of M (Winnipeg)       La Cité Collégiale (ON)  
 NBCC Moncton (NB)       NBCC Saint John (NB)       Conestoga College (Kitchener ON)  
 NBRC (US)       Other/Autre (i.e. PLA) Explain: \_\_\_\_\_

4. What year did you or do you expect to graduate?/Année prévue de graduation. \_\_\_\_\_

5. Is this your first attempt at this Exam?/Est-ce votre premier essai à cet examen? Yes/Oui \_\_\_\_\_ No/Non \_\_\_\_\_

If no, indicate each attempt and the date. / Si le non, indiquent chaque tentative et la date:

Attempt/ Tentative \_\_\_\_\_ Month/Year \_\_\_\_\_  
Attempt/ Tentative \_\_\_\_\_ Month/Year \_\_\_\_\_  
Attempt/ Tentative \_\_\_\_\_ Month/Year \_\_\_\_\_

7. Exam Booklets to be supplied in: / Cahier d'examen à être fourni en:

English/Anglais \_\_\_\_\_ French/Français \_\_\_\_\_ Both/Les Deux \_\_\_\_\_

Correspondence in /Correspondance en: English/Anglais \_\_\_\_\_ French/Français \_\_\_\_\_

8. Indicate at which centre you wish to write./Indiquez à quel centre vous désirez vous présenter

\_\_\_\_ Toronto (ON)      \_\_\_\_ Kitchener (ON)      \_\_\_\_ Calgary (AB)      \_\_\_\_ Saint John (NB)  
\_\_\_\_ Vancouver (BC)      \_\_\_\_ Winnipeg (MN)

Testament:

*I agree that the information I have provided is accurate and I have read and understand the "Candidate Information Manual" ([www.cbrc.ca](http://www.cbrc.ca)) for the CBRC National Respiratory Therapy Examination including the Instructions and Regulations for CBRC Examination Candidates. If any information is found to be false, eligibility may be voided or declared invalid. / Je conviens que les informations que j'ai fournies sont précises et j'ai lu et comprends le manuel de l'information du candidat ([www.cbrc.ca](http://www.cbrc.ca)) pour l'examen respiratoire national de thérapie de CBRC comprenant les instructions et les règlements pour des candidats d'examen de CBRC. Si n'importe quelle information s'avère fausse, l'acceptabilité peut être vidée ou a déclaré l'invalidé.*

**Application deadline November 15, 2009 / Date-limite novembre 15, 2009 d'application**

\_\_\_\_\_  
Signature of Applicant/Signature du Candidat

\_\_\_\_\_  
Date      Day/Jour      Month/Mois      Year/Année

Please forward payment of **\$575.00** (HST included) payable to the CBRC/CCSR for the National Respiratory Therapy Examination (**CERTIFIED CHEQUE OR MONEY ORDER ONLY**) to:/ Veuillez faire parvenir le paiement de **\$575.00** payable au CBRC/CCSR pour l'examen national (**CHÈQUE CERTIFIÉ OU MANDAT DE POSTE SEULEMENT**) au:

**CBRC / CCSR, 1096 Queen Street, Suite 103, Halifax, Nova Scotia, B3H 2R9**

The Candidate Information Manual is available at [www.cbrc.ca](http://www.cbrc.ca)

For further information please visit [www.cbrc.ca](http://www.cbrc.ca)

Or

contact the CBRC via email at [cbrc@cbrc.ca](mailto:cbrc@cbrc.ca)