



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)**
 - NBART Registration Examination (New Brunswick)**
- (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 dégageement 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)./ 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).

Examination Date : January 4, 2012

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) | |
| _____ CNA Qatar | _____ 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

____ Calgary AB ____ Toronto ON ____ Kitchener ON

____ Saint John NB ____ St. John's NF

Testament:

I agree that the information I have provided is accurate and I have read and understand the "Candidate Information Manual" (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) 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, 2011 2011 / Date-limite 15 novembre, 2011 d'application

Signature of Applicant/Signature du Candidat

Date Day/Jour Month/Mois Year/Année

Please forward payment of **\$700.00** (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 **\$700.00** 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

For further information please visit www.cbrc.ca

Or

contact the CBRC via email at cbrc@cbrc.ca