



THE CANADIAN SOCIETY OF ALLERGY AND CLINICAL IMMUNOLOGY  
LA SOCIÉTÉ CANADIENNE D'ALLERGIE ET D'IMMUNOLOGIE CLINIQUE

## Membership Application/Demande d'affiliation

### Associate Fellow Member/ Membre résident

Associate Fellows-in-Training – in recognized clinical immunology and allergy programs in Canada, or Canadian graduates training in the U.S.

Membres résidents - Personne inscrite dans un programme reconnu en allergie et en immunologie clinique au Canada, ou un canadien diplômé qui est en formation aux États-unis.

#### SECRETARIAT/SECRETARIAT

774 promenade Echo Drive

Ottawa Canada K1S 5N8

Tel/Tél: 613-730-6272

1-800-668-3740 ext/poste: 272

Fax/Télécopieur: 613-730-1116

E-mail/courriel: [csaci@rcpsc.edu](mailto:csaci@rcpsc.edu)

Website: <http://csaci.medical.org>

Last name / Nom de famille \_\_\_\_\_ First name / Prénom \_\_\_\_\_ Mr/Mrs./Ms./Dr. / M/Mme/Mlle/Dr. \_\_\_\_\_ M / F \_\_\_\_\_ Birth date / Date de naissance *DAY/MONTH/YEAR* / *JOUR/MOIS/ANNÉE* \_\_\_\_\_

Language: English/Anglais

Langue: French/Français

Office-Mailing address / Adresse d'affaires \_\_\_\_\_

Office-Mailing address / Adresse d'affaires \_\_\_\_\_

Postal CODE postal \_\_\_\_\_

Telephone / Téléphone \_\_\_\_\_

Fax / Télécopieur \_\_\_\_\_

E-mail / courriel \_\_\_\_\_

School, degree, dates / Université, diplômes et dates \_\_\_\_\_

Postgraduate training and dates \_\_\_\_\_

Études supérieures et dates \_\_\_\_\_

Expected date for completion of training \_\_\_\_\_

Date à laquelle je compte compléter ma formation \_\_\_\_\_

How much of your work is devoted to  
Nombre d'heures de travail consacrées à

\_\_\_\_\_ %  
Allergy/Asthma  
Allergie/Asthme

\_\_\_\_\_ %  
Immunology  
Immunologie

\_\_\_\_\_ %  
Other (specify)  
Autre (spécifier)

Membership in professional societies  
Affiliation à d'autres sociétés

Publications (Give full titles and authors, attach separate sheet if necessary)  
Publications (Donner les titres et les noms des auteurs en entier en pièce jointe, si requise)

Names and addresses of two sponsors, one of whom is a Fellow of the Society, to sponsor your application. (\*It is the responsibility of the applicant to arrange for the letters of recommendation from the sponsors to be forwarded directly to the CSACI Secretariat).

Nom et adresse de deux personnes, une doit être fellow de la Société, qui agiront en qualité de parrain de votre demande. (\*Chaque candidat doit s'assurer lui-même que ses parrains expédient chacun une lettre d'attestation au Secrétariat de la Société).

There are no fees for Associate Fellows/ Il n'y a aucun frais pour les membres résidents

Signature

Date

FOR OFFICE USE ONLY / A L'USAGE DU BUREAU

Admitted as / Accepté au niveau de

Not approved (reason) / Non approuvé (raison)

Some of the information provided above will be published in the CSACI Membership Directory. Please contact the CSACI office if you do not want this information disclosed. The remaining personal information collected is considered confidential and is managed according to the CSA Model Code Guidelines for the release of personal information.

Certaines des informations fournies plus haut seront publiées dans le Répertoire des membres de SCAIC. Veuillez contacter le bureau du SCAIC si vous désirez que ces informations ne soient pas publiées. Les autres informations récoltées sont considérées comme confidentielles et sont gérées selon les directives du Code de la CSA pour divulgation des renseignements personnels.