



**Canadian Society of Otolaryngology-Head & Neck Surgery /
Société canadienne d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale**

Application for Membership / Formulaire d'adhésion

Name in full / Nom _____
(Surname / nom) (First names in full / prénoms)

Office Address / Adresse Bureau _____
(number & street / numéro et rue) (city / ville, province) (postal code / code postale)

(telephone / téléphone) (fax) (email / C. élec.)

Residence / Domicile _____
(number & street / numéro et rue) (city / ville, province) (postal code / code postale)

(telephone / téléphone) (fax) (email / C. élec.)

Preferred Address for Correspondence: Office Residence

Would you like your office address to be included in the Public Access Directory on the Society's Website? Yes No

Degrees and type of specialist certification in otolaryngology (name institutions, giving the dates) /
Diplômes et nature des certificats de spécialité (organismes et dates)

1. _____
2. _____
3. _____

Licence to practice (place, date) /
Droit d'exercice (endroit et date) _____

Is your practice limited to otolaryngology-head and neck surgery? / Votre pratique est-elle limitée à l'oto-rhino-laryngologie
et de chirurgie cervico-faciale? Yes / Oui No / Non _____
(details / détails)

Names and signatures of two members of this Society for reference as to character and ethical standing. (*It is desirable that one
of the sponsors be from the same locality as the candidate.*) / Signature de deux membres attestant les qualités morales et
professionnelles du candidat. (*Il est souhaitable que l'un d'eux soit de la même localité que le candidat.*)

1. _____
(please print clearly / imprimez S.V.P. clairement)

Signature
2. _____
(please print clearly / imprimez S.V.P. clairement)

Signature

In the event of my application being approved, I, the undersigned, do solemnly and sincerely declare that I will observe the by-
laws and code of ethics of the Canadian Society of Otolaryngology-Head & Neck Surgery. / Si ma demande est acceptée, je
soussigné déclare solennellement que je me conformerai en tous points aux règlements et au code d'éthique professionnelle de
la Société canadienne d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale.

Date _____ Signature _____

Please complete and return the application by mail or fax to: / Retournez à M. le Secrétaire: Canadian Society of
Otolaryngology-Head & Neck Surgery / Société canadienne d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale

NATIONAL OFFICE

68 Gilkison Road, ELORA, ON N0B 1S0 • 519-846-0630 / 800-655-9533 • Fax: 519-846-9529
Email: cs0.hns@sympatico.ca / cs01.hns@sympatico.ca www.entcanada.org