



**New Brunswick Association of Medical Radiation Technologists**  
**Association des technologues en radiation médicale du Nouveau Brunswick**  
*489, ave Acadie Ave, Suite 205/unité 205, Dieppe NB E1A 1H7*

**APPLICATION FOR STUDENT MEMBERSHIP**  
**DEMANDE D'ADHÉSION MEMBRE ÉTUDIANT**

Given Name

Nom \_\_\_\_\_

Date of birth / Date de naissance \_\_\_\_\_  
Day-Month-Year / Jour-mois-année

Present Address / Adresse actuelle

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Postal Code / Code Postal \_\_\_\_\_ Telephone / Téléphone \_\_\_\_\_

E-mail / Courriel \_\_\_\_\_

Home Address / Adresse permanente

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Postal Code / Code Postal \_\_\_\_\_ Telephone / Téléphone \_\_\_\_\_

**MEDICAL RADIATION TECHNOLOGY TRAINING**  
**FORMATION EN TECHNIQUES DE RADIATION MÉDICALE**

**Discipline**

- Radiological Technology / Technique radiologique
- Radiation Therapy / Radiothérapie
- Nuclear Medicine / Médecine nucléaire
- Magnetic Resonance / Résonance magnétique



Program start date / Date de début de la formation \_\_\_\_\_

Certification Exam Date / Date d'agrément \_\_\_\_\_

**Student membership dues / Les frais d'adhésion étudiants : \$ 100**

*Please make cheque payable to / Faire un chèque à l'ordre de NBAMRT / ATRMNB*

Student's Signature / Signature de l'étudiant \_\_\_\_\_

Witness / Témoin \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

**Office use only / À l'usage du bureau seulement:**

Approved candidate / Candidat accepté     yes / oui     no / non

Registrar / Registraire \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Certification Date / Date d'agrément \_\_\_\_\_

Member Registration number / Numéro de membre \_\_\_\_\_