



APPLICATION FOR MEMBERSHIP/DEMANDE D'ADHÉSION

1. Name/Nom: _____
(surname/nom de famille) (first name/prénom)

Date of Birth/Date de naissance: _____ M / F: _____

Language: English/Anglais Languge: Français/French

2. Address/Adresse: _____
(business mailing address preferred)
 _____ Postal Code/ Code Postale _____

3. Telephone No./No de téléphone: _____

Facsimile/Télécopieur: _____

E-mail/adresse électronique: _____

4. RCPSC ID Number/No. d'identité du CRMCC: _____
(where applicable)

5. University Education/Formation universitaire:

Institution	Degree/Diplôme	Year/Année

6. Details of Postgraduate Training/Études postdoctorales:

Program	Institution	Type of Service/ Genre de service	Supervisor/ Dir. de département	Dates

7. Provincial medical licensure/Licence provinciale de pratique médicale:

Province	Year/Année	Type (if special register)/ Genre (si enregistrement particulier)	Registry No./ Nº. d'Enregistrement

8. Specialist Qualifications/Diplôme de spécialiste:

Qualification/Diplôme	Year/Année	Granting Body/Organisme	Specialty/Spécialité

9. Professional Appointments – past and present/Occupations professionnelles – actuelles et antérieures:

Institution	Dates	Position/Poste	Field/Discipline

10. My primary areas of interest are/ Mes intérêts principaux sont:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hematological Oncology | <input type="checkbox"/> Gastrointestinal Oncology |
| <input type="checkbox"/> Lung Oncology | <input type="checkbox"/> Genitourinary Oncology |
| <input type="checkbox"/> Lymphoma Oncology | <input type="checkbox"/> Gynecologic Oncology |
| <input type="checkbox"/> Melanoma Oncology | <input type="checkbox"/> Breast Oncology |
| <input type="checkbox"/> Other/Autre _____ | |

11. Member Category/Catégorie de membre:

- Active/ Actif \$250.00
- Resident/Fellow Members (Associate) No charge/ sans frais
- Corresponding \$50.00
- Senior \$50.00
- Emeritus No charge/ sans frais

Cheques should be payable to Canadian Association of Medical Oncologists (CAMO).
SVP libeller votre chèque à l'ordre de l'Association canadienne des oncologues médicaux.

Visa# _____

Exp. Date: _____
(for one time use only/pour usage unique seulement)

MC# _____

Exp. Date: _____
(for one time use only/pour usage unique seulement)

CAMO Secretariat Office
774 promenade Echo Drive
Ottawa, ON K1S 5N8
Fax: 613-730-1116

Applicant's signature/
Signature du postulant _____

Date: _____

774 promenade Echo Drive, Ottawa, Canada K1S 5N8
Tel.: (613) 730-6284 Fax: (613) 730-1116
1-800-668-3740 ext. 284
E-mail: camo@rcpsc.edu