ÉCTG
Feuille de contrôle

☐ Formation pour fournisseurs de soins de santé ☐ Formation pour instructrices/instructeurs
☐ Formation pour fournisseurs de soins préhospitaliers

Instructrice/instructeur principal(e)

Nom : _____

Date de la formation : _____ Ville : _____ Prov _____

Nom de l'hôpital hôte : _____

Nom (participante, participant) — Veuillez écrire en lettres moulées ou taper	Adresse courriel — Veuillez écrire en lettres moulées ou taper

Veuillez s.v.p. faire parvenir ce formulaire à l'adresse ctas@nena.ca

Instructrice/instructeur principal(e) Signature : _____ Date : _____