

Demande d'inscription pour l'Examen des connaissances communes à toutes les spécialités dentaires (ECCSD) (Pour les participants déjà approuvés pour s'inscrire à L'ECCSD)

Veuillez taper ou imprimer clairement les informations suivantes

Numéro d'identification de l'ECCSD: _____

Nom: _____

Adresse: _____

Ville

Province/État

Code Postale

Téléphone: _____

Adresse électronique: _____

Toute correspondance, incluant les résultats, sera envoyée par courriel. Si vous ne voulez pas recevoir vos résultats par courriel, veuillez nous en aviser par écrit.

Je désire faire l'examen en: Anglais _____ Français _____

Veuillez noter qu'il n'y aura qu'un centre d'examen à Ottawa.

Signature du demandeur: _____ Date: _____

Veuillez retourner ce formulaire avant la date limite d'inscription.

R:\DSCKE\APPLICATION\2017\Formulaire d'inscription Feb 2017.docx