

FORMULAIRE D' ENREGISTREMENT

"Stage de formation clinique et de gestion en bureau privé"

Nom: _____ Prénom: _____

Téléphone (rés.): _____ Cell: _____

Courriel: _____

Adresse: _____

Université: _____

Date de graduation: _____

☐ Curriculum Vitae inclus

Références: _____

SVP Compléter la phrase suivante selon vos aspirations:

"À la fin de ce stage j'aimerais avoir confiance en moi-même dans les domaines suivants:

Pour plus d'information téléphonez au (514) 762 9006

**Retourner par fax: 514-762-9006
ou courriel: drtooth@videotron.ca**