

Notification of Intent/Avis d'intention

Canadian Pharmacy Residency Board
Conseil canadien de la résidence en pharmacie

Pharmacy residency programs not accredited by the Canadian Pharmacy Residency Board (CPRB) who wish to ask for accreditation must complete this form and return it to cprb@cshp.ca

Les programmes de résidence en pharmacie qui ne sont pas agréés par le Conseil canadien de la résidence en pharmacie (CCRP) et qui souhaitent demander l'agrément doivent compléter ce formulaire et le retourner à cprb@cshp.ca

Request is hereby made for accreditation of our pharmacy residency program. We accept and understand the principles and requirements expressed in the residency accreditation process of the CPRB.

Une demande est ici faite pour l'agrément de notre programme de résidence en pharmacie. Nous acceptons et comprenons les principes et les exigences exprimés dans le processus d'agrément des résidences du CCRP.

Organisation/Organisme : _____

Name of residency program/Nom du programme de résidence : _____

Type of residency program/Type de programme de résidence :

Year 1/Année 1 Advanced (Year 2)/Avancée (Année 2)

If Advanced (Year 2), specify the area of practice/

Si Avancée (Année 2), précisez le domaine de pratique : _____

Name and address of campuses offering more than 60 residency days/Nom et adresse des sites offrant plus de 60 jours de résidence :

Start date of residency year/Date de début de l'année de résidence: _____

End date of residency year/Date de fin de l'année de résidence : _____

Number of residents per year/Nombre de résidents par année: _____

	Name / Nom	Telephone number / Numéro de téléphone	E-mail / courriel
Residency program director(s) / Directeur(s) du programme de résidence			
Residency program coordinator(s) / Coordonnateur(s) du programme de résidence			

Submitted by/Soumis par :

Name/Nom

Signature

Date