**CANADIAN ASSOCIATION FOR THE HISTORY OF NURSING (CAHN)**

**ASSOCIATION CANADIENNE POUR L’HISTOIRE DU NURSING (ACHN)**

Please enrol me as a member for the 2017 membership year ending December 31, 2017

\_\_\_\_\_Member $60

\_\_\_\_\_ Retired Registered Nurse $30

\_\_\_\_\_ Nursing Student $30

**Donation to CAHN**

\_\_\_\_\_ $25 \_\_\_\_\_ $50 \_\_\_\_\_ $ 75 \_\_\_\_\_ Other amount

I would like my donation to support:

* Student scholarships
* Conference support for students
* Fund special speakers/guest panels at CAHN conference

Enclosed is my cheque for \_\_\_\_\_ $

Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Preferred Mailing Address \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Postal Code \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Place of Employment \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Position \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telephone ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Member or Associate Member of Provincial Association \_\_\_\_\_Yes \_\_\_\_\_No

Please send ALL CORRESPONDENCE BY:

* EMAIL/COURRIEL
* REGULAR MAIL/POSTE RÉGULIÈRE

Veuillez s’il vous plait m’inscrire comme membre pour l’année 2015/16 terminant le 31 décembre 2016

\_\_\_\_\_ Adhésion régulière $60

\_\_\_\_\_ Infirmier retraité/Infirmière retraitée $30

\_\_\_\_\_ Infirmier étudiant/Infirmière étudiante $30

**Don pour l’ACHN**

\_\_\_\_\_ $25 \_\_\_\_\_ $50 \_\_\_\_\_ $ 75 \_\_\_\_\_$ Autre

Je voudrais que mon don soit diregé vers :

* Les bourses d'étude
* Le soutien de la participation des étudiants à la Conférence
* Le fonds pour conférenciers spéciaux / tables rondes lors de la conférence ACHN

Ci-joint mon cheque de \_\_\_\_\_ $

Nom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse de poste préférée \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Code Postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Employeur \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Poste actuel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Membre associèe de l’association provinciale: Oui \_\_\_\_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_\_\_\_\_

No. d’enregistrement \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

If you are paying by cheque, make it payable to CAHN and mail it to:/Faites votre chèque à l’ordre de l’ACHN et l’envoyez à:

Dr. Susan Armstrong-Reid,

17 Carriage Lane

Guelph, ON N1H 6H9

Would you be interested in listening to the CAHN keynote speaker’s address via video teleconference? Seriez-nous intèressèe à entendre via teleconference l’allocution de la conférencière (conférencier) principalle?

* Yes/Oui
* No/Non

Would you be interested in being able to access a printed copy of the keynote speaker’s address via the CAHN website? Seriez-nous intèressée à avoir acces à une copie de l’allocution sur le site web de l’ACHN?

* Yes/Oui
* No/Non