

## LPN Rehabilitation Course Registration Form

ANBLPN has partnered with Beacon Clinical Group to offer this advanced competency course consisting of online theory **and** a supervised preceptorship.

### ONLINE THEORY

<b>Classes:</b>	Six (6) classes
<b>Duration:</b>	October 13 – November 17, 2022
<b>Date/Time:</b>	Thursdays, 8:30am – 2:30pm

### SUPERVISED PRECEPTORSHIP

<b>Duration</b>	36 hours
<b>Deadline for completion:</b>	March 31, 2023

### PROGRAM COST: \$995 +HST

Invoice will be in your ANBLPN account 1-2 business days after submitting the registration form.

**Registration Deadline: October 6, 2022**

### FOR PROGRAM INFORMATION:

Tel: (506) 425-7495

Email: cheyanne@beaconclinicalgroup.com

\_\_\_\_\_  
*Name*

\_\_\_\_\_  
*LPN Registration #*

\_\_\_\_\_  
*Telephone #*

\_\_\_\_\_  
*Email*

\_\_\_\_\_  
*Employer*

I consent to having the above information shared with Beacon Clinical Group.

I am aware that attendance at all classes is mandatory and cannot be made up on an alternate date.

I understand that payment is due in full prior to the start date of classes.

\_\_\_\_\_  
*Signature*

\_\_\_\_\_  
*Date*

## Formulaire d'inscription pour le formation en réadaptation pour les IAA

L'AIAANB s'est associée à Beacon Clinical Group pour offrir ce cours de compétences avancées qui consiste en une théorie en ligne **et** un préceptorat supervisé.

### THÉORIE EN LIGNE

<b>Classes :</b>	Six (6) classes
<b>Durée :</b>	13 octobre – 17 novembre, 2022
<b>Date/Temps :</b>	Les jeudis, 8h30 – 14h30

### PRÉCEPTORAT SUPERVISÉ

<b>Durée :</b>	36 heures
<b>Délai d'achèvement:</b>	Le 31 mars, 2023

### COÛT DU PROGRAMME : 995 \$ + TVH

La facture sera dans votre compte d'AIAANB 1-2 jours ouvrables après avoir soumis le formulaire d'inscription.

**Date limite d'inscription : 6 octobre, 2022**

### POUR DES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME :

Tél : (506) 425-7495

Courriel : cheyanne@beaconclinicalgroup.com

\_\_\_\_\_  
*Nom*

\_\_\_\_\_  
*# d'immatriculation IAA*

\_\_\_\_\_  
*# de téléphone*

\_\_\_\_\_  
*Courriel*

\_\_\_\_\_  
*Employeur*

Je consens à ce que les informations ci-dessus soient partagées avec Beacon Clinical Group.

Je suis conscient(e) que la présence à tous les cours est obligatoire et ne peut être rattrapée à une autre date.

Je comprends que le paiement est dû en totalité avant la date de début des cours.

\_\_\_\_\_  
*Signature*

\_\_\_\_\_  
*Date*