



VERIFICATION OF EMPLOYMENT HOURS

VÉRIFICATION DES HEURES DE TRAVAIL ACCUMULÉES

Name _____

Nom _____

LPN Registration Number _____

Numéro d'immatriculation d'IAA _____

Employer _____

Employeur _____

**To be completed by the employer and returned
directly to ANBLPN at lpninfo@npls.ca.**

**Doit être remplie par l'employeur et retournée
directement à l'AIAANB à lpninfo@npls.ca.**

I hereby certify that _____
practiced in this agency.

J'atteste que _____
a exercé dans cette institution.

The following is an accurate account of his/her actual
hours of work per year for each of the past five years.

Les renseignements suivants sont un relevé exacte par
années, des heures de pratique par l'appliquant(e), pour
les cinq dernières années.

Year <i>Année</i>	Total Hours <i>Heures totales</i>	Dates of Employment <i>Dates d'emploi</i>		Classification <i>Classification</i>
		From / De	To / À	

Signature _____

Signature _____

Title _____

Titre _____

Agency _____

Institution _____

City _____ Province _____

Ville _____ Province _____

Telephone _____

Téléphone _____

Date _____

Date _____

Return completed form to lpninfo@npls.ca

Retourner le formulaire rempli à lpninfo@npls.ca