



**Canadian Society of Otolaryngology-Head & Neck Surgery /
Société canadienne d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale**

Application for Membership / Formulaire d'adhésion

Name in full / Nom: _____
(Surname / nom) (First names in full / prénoms)

Office Address / Adresse Bureau: _____
(number & street/numéro et rue) (city/ville, province) (postal code/code postale)

(telephone / telephone) (email / C. élec.)

Residence / Domicile: _____
(number & street/numéro et rue) (city/ville, province) (postal code/code postale)

(telephone / téléphone) (email / C. élec.)

Preferred Address for Correspondence: Office Residence

Would you like your office address to be included in the Public Access Directory on the Society's Website?
 Yes No

Degrees and type of specialist certification in otolaryngology (*name institutions, giving the dates*) / Diplômes et nature des certificats de spécialité (*organismes et dates*)

1. _____
2. _____
3. _____

Licence to practice (*place, date*) / Droit d'exercice (*endroit et date*)

Is your practice limited to otolaryngology-head and neck surgery? / Votre pratique est-elle limitée à l'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale?

Yes / Oui No / Non _____
(details / détails)

Names and signatures of two members of this Society for reference as to character and ethical standing. (It is desirable that one of the sponsors be from the same locality as the candidate.) / Signature de deux membres attestant les qualités morales et professionnelles du candidat. (Il est souhaitable que l'un d'eux soit de la même localité que le candidat.)

1. _____ (please print clearly / imprimez S.V.P. clairement)	2. _____ (please print clearly / imprimez S.V.P. clairement)
_____ Signature	_____ Signature

In the event of my application being approved, I, the undersigned, do solemnly and sincerely declare that I will observe the by-laws and code of ethics of the Canadian Society of Otolaryngology-Head & Neck Surgery. / Si ma demande est acceptée, je soussigné déclare solennellement que je me conformerai en tous points aux règlements et au code d'éthique professionnelle de la Société canadienne d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale.

Date _____ **Signature** _____

Please complete and return the application by email to our National Office: / Retournez à M. le Secrétaire:
membership@csohns.org or office@csohns.org

To learn more about membership visit <https://csohns.org/>