

National Dosimetry Services
 Mandatory Information for Registration of NEW Individuals
 Group Number: R12345

Services nationaux de dosimétrie
 Renseignements obligatoires pour l'inscription de
 NOUVEAUX utilisateurs
 Numéro de groupe : R12345

To ensure prompt processing and acceptance of your request by the National Dose Registry, please provide **all** Mandatory Information as described below.

Afin que le Fichier dosimétrique national soit en mesure d'approuver et de traiter notre demande, veuillez nous fournir **tous** les renseignements obligatoires ci-dessous mentionnés.

Last Name Nom de famille	Given Names (Complete, no initials) Prénom(s) (Au complet et non seulement les initiales)	Social Insurance Number (9 digit numeric series) Numéro d'assurance sociale (Série de neuf chiffres)	Sex Sexe	Extremity/Extrémité		Job (Title of the individual's job) Poste (Titre du poste de l'individu)	Date of Birth YYYY/MM/DD Date de naissance AAAA/MM/JJ	Place of Birth (Province within Canada or Country outside Canada) Lieu de naissance (Nom de la province canadienne ou du pays étranger)
				Whole Body/Torso Head/Collar Extremity: -Left Hand or Arm (below elbow) -Right Hand or Arm (below elbow) -Left Foot or Leg (below knee) -Right Foot or Leg (below	Tout le corps/Torse Tête/Cou Extrémité: -Main ou bras gauche (en-dessous du coude) -Main ou bras droit (en-dessous du coude) -Pied ou jambe gauche (en-dessous du genou) -Pied ou jambe droite (en-			

Please use the original version of this table printed on page 2./Veuillez utiliser la version originale du tableau imprimé à la page deux.

Example/Exemple :								
Smith-Jones	Mary, Teresa	123-456-789	F	Whole Body/Torso & Left Hand Tout le corps/torse et main gauche	Veterinarian's Assistant Assistant vétérinaire	1964/06/24	Ontario	

Name List Completed by/Liste de noms complétée par : _____ Phone/Tél : _____ Ext./Poste : _____



National Dosimetry Services
 Mandatory Information for Registration of NEW Individuals
 Group Number: _____

Services nationaux de dosimétrie
 Renseignements obligatoires pour l'inscription de
 NOUVEAUX utilisateurs
 Numéro de groupe : _____

To ensure prompt processing and acceptance of your request by the National Dose Registry, please provide **all** Mandatory Information as described below.

Afin que le Fichier dosimétrique national soit en mesure d'approuver et de traiter notre demande, veuillez nous fournir **tous** les renseignements obligatoires ci-dessous mentionnés.

Last Name Nom de famille	Given Names Prénom(s)	Social Insurance Number Numéro d'assurance sociale	Sex Sexe	Extremity/Extrémité	Job Poste	Date of Birth Date de naissance	Place of Birth Lieu de naissance

FOR NEW USERS ONLY
 POUR NOUVEAUX UTILISATEURS SEULEMENT

Name List Completed by/Liste de noms complétée par : _____ Phone/Tél : _____ Ext./Poste : _____