



# ANBLPN

Association of New Brunswick Licensed  
Practical Nurses

# AIAANB

L'Association des Infirmières Auxiliaires  
Autorisés du Nouveau-Brunswick

## VERIFICATION OF EMPLOYMENT HOURS

## VÉRIFICATION DES HEURES DE TRAVAIL ACCUMULÉES

### TO BE COMPLETED BY THE EMPLOYER.

Please return to:

- [lpninfo@npls.ca](mailto:lpninfo@npls.ca) **AND**
- **the (former) employee** as it must be uploaded into their application with ANBLPN.

### À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR.

A renvoyer à :

- [lpninfo@npls.ca](mailto:lpninfo@npls.ca) **ET**
- **l'(ancien/ne) employé/e** car il doit être téléchargé au dossier de candidature de l'AIAANB.

Employee Name

Nom de l'employé/e

LPN Registration Number

Numéro d'immatriculation d'IAA

I hereby certify that the above-mentioned LPN practiced in this agency and that the following is an accurate account of his/her actual hours of work per year for each of the past five years.

J'atteste que l'IAA mentionné ci-dessus a exercé dans cette institution et que les renseignements suivants sont un relevé exact par années, des heures de pratique par l'appliquant(e), pour les cinq dernières années.

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

Name and Position Title

Nom et titre de poste

Agency

Institution

City

Prov.

Ville

Prov.

Telephone or email address

Téléphone ou adresse courriel

Signature

Signature

Date

Date