



Clinical Supervision - Student Nurse Practitioner Encadrement clinique – Infirmières et infirmiers practiciens étudiants

Please note: Only fee-for-service physicians are eligible for payment under this program.

Veillez noter: Seulement les médecins rémunérés à l'acte sont admissibles à un paiement dans le cadre de ce programme

First Name and Last Name of Student Nurse
Practitioner / Prénom et Nom de infirmières
et infirmiers praticiens étudiants :

Name/ Prénom

Last Name/ Nom

University / Université:

Number of hours supervised /
Nombre d'heures de supervision :

Specific dates of supervision sessions /Dates
détaillées des sessions de la supervision :

Amount requested (Max \$13 per hour) /
Montant demandé (max. 13 \$ l'heure) :

First Name and Last Name of Physician who
provided the clinical supervision / Prénom et
Nom du Médecin qui a assuré la supervision
clinique:

Name/ Prénom

Last Name/ Nom



Address of Physician office / Adresse du bureau du Médecin qui a assuré la supervision clinique:

Signature of Dean of Nursing Faculty or designate /
Signature de la Directrice de l'école ou de la
personne désignée

Date

Please note: All invoices must be received by March 31 for the ending fiscal year. A maximum of 700 hours will be permitted per student /
Veillez noter : Toutes les factures doivent être soumises avant le 31 mars pour l'année financière en cours. Un maximum de 700 heures sera permis pour chaque étudiant(e).

The Nursing Faculty must send this invoice to /
L'école de science infirmière doit soumettre la facture à :

HWP-PESS@GNB.CA

Signature of DH official /
Signature de la personne représentant le MS : _____