

**CLINICAL SUPERVISION - STUDENT NURSE PRACTITIONER ENCADREMENT
CLINIQUE – INFIRMIÈRE ET INFIRMIER PRACTICIENS ÉTUDIANTS**

Please note: Salaried physicians are not eligible to receive payment for providing clinical supervision to nurse practitioner students. Submitted invoices for payment to physicians not meeting eligibility criteria will be returned for follow-up by the institution.

Veuillez noter : Les médecins salariés ne sont pas admissibles à recevoir un paiement pour la supervision clinique des étudiants en soins infirmiers praticiens. Les factures soumises à payer aux médecins ne répondant pas aux critères d'admissibilité seront retournées pour suivi par l'institution.

NAME OF STUDENT NURSE PRACTITIONER/
NOM DE L'INFIRMIÈRE OU INFIRMIER PRATICIEN : _____

UNIVERSITY / UNIVERSITÉ: _____

NUMBER OF HOURS SUPERVISED / NOMBRE D'HEURES DE SUPERVISION :

TOTAL AMOUNT (\$17 PER HOUR) / MONTANT TOTAL (17 \$ L'HEURE) :

DATES OF SUPERVISION / DATES DES SESSIONS DE LA SUPERVISION : _____

FIRST AND LAST NAME OF SUPERVISING PHYSICIAN /
PRÉNOM ET NOM DU MÉDECIN SUPERVISEUR: _____

ADDRESS / ADRESSE: _____

TEL/ TÉL: _____

EMAIL/COURRIEL : _____

SIGNATURE OF DEAN OR DESIGNATE/ SIGNATURE DE LA
DIRECTRICE DE OU PERSONNE DESIGNÉE: _____

DATE : _____

PLEASE SEND TO:/ S.V.P. SOUMETTRE: **HWP-PESS@GNB.CA**

