

NAME/ NOM PRENOMS
(Surname First)

FACULTY/ FACULTE:

SEX/ Sexe:

Affix passport
Photograph

**WEST AFRICAN COLLEGE OF SURGEONS
COLLEGE OUEST AFRICAIN DES CHIRURGIENS**

**APPLICATION FOR FELLOWSHIP
DEMANDE D'ADHESION AU COLLEGE**

YEAR/ANNEE

.....

**ALL APPLICATION FORMS SHOULD BE ADDRESSED
TOUTES LES DEMANDES SONT Á RENVOYER**

TO

Á

**THE SECRETARY GENERAL,
WEST AFRICAN COLLEGE OF SURGEONS
6, Taylor Drive, Edmond Crescent,
Yaba, Lagos, Nigeria.**

GENERAL INSTRUCTIONS INSTRUCTIONS GENERALES

1. Give your name in full with surname first/*Donnez votre nom suivi de vos prénoms, en toutes lettres.*
2. Complete all sections/*Remplissez toutes les sections.*
3. Both Sponsors must be Fellows of the College who are in good financial standing. At least one of the Sponsors must be a member of the Faculty to which the application is being made. Each sponsor must complete the recommendation form and it must be returned directly under separate cover to Secretary General. It is the responsibility of the applicant to ensure that the recommendation forms are forwarded to the Secretary-General before the closing date. Application forms and the recommendation forms received after the closing date will not be considered for that year

Les deux parrains doivent être des membres du collège et du bon état financière. Au moins, l'un d'entre eux doit être membre de la faculté dont la demande est exigée. Chacun d'entre eux doit remplir la fiche de recommandation, et la renvoyer directement au Secrétaire Général sous un pli séparé. Le candidat doit s'assurer que les fiches de recommandation sont renvoyées au Secrétaire General avant la date de clôture de dépôt de candidature. Les demandes de candidatures ainsi que les fiches de recommandation reçues après cette date ne seront pas examinées en vue de l'année en question.

4. Applicants must have actively participated in the Surgical College Outreach Programmes for two of the preceding five years or attended the Annual Conferences of the Surgical College for at least two years.

Les candidats doivent avoir participé activement à Collège de chirurgie de sensibilisation pour deux des cinq dernières années ou ont assisté à des conférences annuelles du Collège de chirurgie pendant au moins deux ans.

5. Non-Nationals who have appropriate qualifications and have practiced in the sub-region for at least fifteen (15) years. Such applicants can be considered for Fellowship if He/She has actively participated in the Surgical College Outreach Programmes for five (5) years and attended the Annual Conferences of the Surgical College for at least three (3) years.

Les non-nationaux qui ont les qualifications et l'avoir exercé dans la sous-région pendant au moins quinze (15) ans, ces candidats peuvent être considérés pour la camaraderie si il/elle a activement participé à l'intervention chirurgicale Collège Sensibilisation pour cinq (5) ans et a assisté à l'Assemblée annuelle de l'Conférences Collège de chirurgie pendant au moins trois (3) ans.

6. Applicants who have attempted Surgical College Fellowship Examinations without success need not apply.

Les candidats qui ont tenté de bourses du Collège de chirurgie sans succès d'examens ne sera pas considéré comme

7. The closing date for all application is **JUNE 30** each year
L a date de clôture de dépôt de toute candidature est le 30 juin chaque année.
8. Application forms must be accompanied by Photocopy of certificates. Such certificates should be listed under item x
Le candidat doit joindre á sa fiche de demande les photocopies de ses diplômes et ces derniers doivent être inventoriés sous la rubrique ix.
9. The faculties of the College are:
Les facultés du collège sont les suivantes:
 - (i) Faculty of Anaesthesiology/Faculté d'Anesthésiologie
 - (ii) Faculty of Dental Surgery/Faculté de Chirurgie Dentiste
 - (iii) Faculty of Obstétriques & Gynaecology/Faculté d'Obstétrique et de Gynécologie
 - (iv) Faculty of Ophthalmology/ Faculté d'Ophtalmologie
 - (V) Faculty of Otorhinolaryngology/ Faculté et d'Oto-rhino-laryngologie
 - (v) Faculty of Radiology/ Faculté d' Radiologie.
 - (vi) Faculty of Surgery/Faculté de Chirurgie
10. All applications should be accompanied by a non-refundable processing fee *of one hundred US Dollar or its naira equivalent of Forty thousand naira only.*
Le candidat doit joindre à sa demande un droit non remboursable de cent dollars US ou équivalent.
11. Payments of naira equivalent should be made directly into the College Account as follows: **ECO Bank, Account no 0015038420.**

I. PERSONAL INFORMATION /ETAT CIVIL

1. NAME/ *Nom et Prénoms* : _____
(Surname First):
2. MAIDEN NAME/ *Nom Précédent* _____
SEX/ *Sexe* : _____
4. DATE OF BIRTH /*Date de Naissance*: _____
5. NATIONALITY/ *Nationalité*: _____
6. FACULTY/FACULTE : _____
7. ADDRESS/ *Adresse*: _____

Postal/ *Postale* _____

TELEPHONE/ *Téléphone*: _____
(Mobile)

E-mail: _____

11 QUALIFICATIONS/ *Tires*::

A. BASIC MEDICAL QUALIFICATIONS/ *Tires bases en Médecine*

	DEGREE/ <i>Diplôme</i>	YEAR/ <i>Année</i>	INSTITUTION/ <i>Etablissement</i>
(1)	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

B. PROFESSIONAL/SPECIALIST QUALIFICATION & DIPLOMAS/ *Diplômes et titres professionnels et de spécialiste*

	DEGREE/ <i>Diplôme</i>	YEAR/ <i>Année</i>	INSTITUTION/ <i>Etablissement</i>
(1)	_____	_____	_____
(2)	_____	_____	_____
(3)	_____	_____	_____
(4)	_____	_____	_____

C. HAVE YOU ATTEMPTED WACS EXAMINATION BEFORE? (Please tick in the box)

Avez- vous essaye examen WACS avant? (S'il vous plait cocher la case)

YES/ *Oui*

(IF YES, STATE PART AND DATE BELOW/ *si oui etat et partie date ci-dessous*)

NO/ *Pas*

PART OF EXAMINATION
Cadre de i' examen

DATES ATTEMPTED/ *Dates de tentative*

PRIMARY / *Primaire*

PART I/ *Part I*

PART II/ *Partie II*

D. Have you attended WACS Conferences and Surgical Outreaches before ?

YES/ *Oui* NO/ *Pas*

(IF YES, GIVE DETAILS *si oui etat et partie date ci-dessous*)

	Date of Conference/Outreach	Venue
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____
5.	_____	_____

III. PROFESSIONAL TRAINING PROGRAMME/ *Programme de Formation Professionnelle:*

	DATES /<i>Dates</i>	POSITION/ <i>Poste</i>	INSTITUTION/ <i>Établissement</i>
(1)	_____	_____	_____
(2)	_____	_____	_____
(3)	_____	_____	_____
(4)	_____	_____	_____
(5)	_____	_____	_____

IV. POSITIONS HELD AFTER PROFESSIONAL QUALIFICATION/*Fonctions exercées depuis la fin de la formation professionnelle:*

	POST /<i>Poste</i>	INSTITUTION/ <i>Établissement</i>	DATES/ <i>Dates</i>
(1)	_____	_____	_____
(2)	_____	_____	_____
(3)	_____	_____	_____
(4)	_____	_____	_____
(5)	_____	_____	_____

V. PRESENT APPOINTMENT(S) /*Emploi(s) Actuel(s)*

	POST / <i>Poste</i>	INSTITUTION/ <i>Établissement</i>	DATES/ <i>Dates</i>
(1)	_____	_____	_____
(2)	_____	_____	_____
(3)	_____	_____	_____

VI. PROFESSIONAL REGISTRATION/*Enregistrement Professionnel:*

A. YEAR OF REGISTRATION/ Date d'Enregistrement:

B. COUNTRY OF REGISTRATION/ Pays d'Enregistrement:

C. REGISTRATION NUMBER/ Numéro d'Enregistrement:

VII. HAS YOUR NAME EVER BEEN REMOVED FROM ANY PROFESSIONAL REGISTER OF ANY COUNTRY/ *Avez-vous été rayé d'un registre professionnel d'un pays quelconque?*

YES/ *Oui:* _____

NO/ *Non:* _____

IF THE ANSWER TO ABOVE QUESTION IS YES/ *Si vous répondez dans l'affirmatif*

(i) WHEN WAS YOUR NAME REMOVED/ *Quand est-ce que vous avez été rayé??*

(ii) COUNTRY/ *Pays*

COMMENT/*Remarques*

VIII. HONOURS, DISTINCTIONS & MEMBERSHIP OF OTHER PROFESSIONAL SOCIETIES/ *Tires Honorifiques, Distinctions, et autres associations professionnelles dont le Candidat est membre:*

- (1) _____
- (2) _____
- (3) _____
- (4) _____
- (5) _____

IX. LIST OF DOCUMENTS ENCLOSED/ *Liste des pièces jointes*

- (1) _____
- (2) _____
- (3) _____
- (4) _____
- (5) _____
- (6) _____

**X. SPONSORS/ *Parrains*: TWO FELLOWS OF THE COLLEGE/ *Deux membres du College*
(*Sponsors must be in good financial standing with the College*)**

(1) NAME /*Nom*: _____

ADDRESS/ *Adresse*: _____

E-mail: _____

Phone No: _____

(2) NAME/*Nom*: _____

ADDRESS/ *Adresse*: _____

E-mail: _____

Phone No: _____

IF ELECTED A FELLOW, I AGREE TO OBSERVE ALL THE RULES OF THE COLLEGE/ *Si je admis, je suis prêt a observer toutes les règles du College.*

SIGNATURE OF APPLICANT/*Signature du Candidat* & DATE/*Dates*

FOR OFFICIAL USE ONLY/ *Ne rien inscrire dans cette case:*

A. NO. OF DOCUMENTS RECEIVED _____ DATE _____

B. SPONSORS LETTERS RECEIVED

(1) _____ DATE _____

(2) _____ DATE _____

C. RECOMMENDATION OF CREDENTIAL COMMITTEE/Recommandation du Comité chargé de l'Évaluation de Tires:

ASSOCIATE FELLOW/ *Membre Associé*

Comments/Commenter _____

FULL FELLOW/ *Membre à plein droit*

Comments/Commenter _____

REJECTED/ *Candidature non retenue*

Comments _____

(REASON FOR REJECTION)
(*Raison pour le non rétention de la Candidature*)

D. APPROVAL OF COUNCIL/ *Approbation de Conseil:*

ASSOCIATE FELLOW/ *Membre Associé*

FULL FELLOW/ *Membre à plein droit*

REJECTED/ *Candidature non retenue*

DATE/*Date* _____