



Hôpital général juif  
Jewish General Hospital

**JGH Libraries Registration Form**

JGH/McGill ID Number			
Full Name	<i>Last</i>	<i>First</i>	
Mailing Address (if not hospital)	<i>Street Address</i>		<i>Apt./Unit</i>
	<i>City</i>	<i>Prov.</i>	<i>Postal Code</i>
Department		Office/Room #	
Home Phone	( )	Work Phone	( )
E-mail Address (mandatory):			
<b>Please select your status from the options below (choose only one):</b>			
	JGH Staff		JGH Associate (minimum 2 months at JGH)
	JGH Staff (Dept. of Psychiatry)		CFT Supervisor
	JGH Student/Resident		CFT Student
	JGH Student/Resident (Dept. of Psychiatry)		Patient
<b>For students on rotation, residents and associates:</b>			
Start Date:		End Date:	
Supervisor (if applicable):			

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

Office Use Only			
Library Card Barcode			
Registration Date		Expiration Date	

*All fields must be filled in. All information will remain confidential.*



Hôpital général juif  
Jewish General Hospital

**Formulaire d'inscription bibliothèques de HGJ**

Numero de HGJ/McGill			
Nom	<i>Nom de famille</i>		<i>Prénom</i>
Adresse postale	<i>Nom de rue</i>		<i>Suite</i>
	<i>Ville</i>	<i>Prov.</i>	<i>Code postal</i>
Département		Bureau	
Téléphone (Domicile)	( )	Téléphone (Travail)	( )
Adresse électronique (obligatoire):			
<b>S'il vous plaît sélectionnez votre statut parmi les options suivantes (choisir un seul):</b>			
	Personnel de HGJ		Associé de HGJ (2 mois minimum à HGJ)
	Personnel de HGJ (Dépt. de psychiatrie)		Superviseur en TCF
	Étudiant(e)/Résident(e)		Étudiant(e) en TCF
	Étudiant(e)/Résident(e) (Dépt. de psychiatrie)		Patient(e)
<b>Pour les étudiant(e)s, associés, et resident(e)s:</b>			
Date de début :		Date de fin:	
Superviseur (s'il ya lieu):			

\_\_\_\_\_  
Signataire

\_\_\_\_\_  
Date

<b>Usage du bureau seulement</b>			
Code à barres carte de bibliothèque			
Date d'enregistrement		Date d'expiration	

*Toutes les sections doivent être remplies. Toutes ces informations restent confidentielles.*