

CONFIDENTIAL
CONFIDENTIEL

FORM AFF II
FICHE AFF II

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

***RECOMMENDATION FOR FELLOWSHIP APPLICATION
RECOMMANDATION DE CANDIDATURE***

Dear Fellow:

The applicant named below has submitted your name as one of his referees. Your careful attention to this matter will help the Credential Committee in arriving at a conclusion as to his/her eligibility. Kindly return the completed form under separate confidential cover directly to the Secretary General of the College.

Thank you.

The Secretary-General.

Cher Confrère

Lè candid at dont le nom est porté ci-dessous vous a nommé comme référence. Vous êtes prié d'établir cette recommandation avec un soin attentif afin d'aider le Comité chargé de l'évaluation des diplômes et certificats à décider de son éligibilité. Une l'ois, la fiche remplie, veuillez la renvoyer, sous un pli confidentiel séparé, directement au Secrétaire Général du Collège.

Avec mes remerciements.

Secrétaire Général.

CLOSING DATE FOR APPLICATION: JUNE, 30
CLOTURE DE DEPOT DE CANDIDATURE: LE 30 JUIN.

NAME OF APPLICANT: _____

NOM DU CANDIDAT: _____

ADDRESS: _____

ADRESSE: _____

FACULTY: _____

FACULTE: _____

1. IS THE APPLICANT KNOWN TO YOU?
CONNAISSEZ-VOUS LE CANDIDAT?

YES FOR HOW LONG? YEARS
OUI

DEPUIS COMBIEN DE TEMPS ?

NO
NON

2. IS THE APPLICANT'S PRACTICE LIMITED TO THE ABOVE SPECIALITY?
LE CANDIDATE EXERCE-T-IL, UNIQUEMENT DANS LA SPECIALITES CI-DESSUS

YES (IF NO PLEASE COMMENT)
OUI (SI LA REPOSE EST NON NEUILLEZ DONNER DES RESEIGNEMENTS)

NO
NON

3. DOES THE APPLICANT HAVE SUFFICIENT EXPERIENCE IN HIS OR HER SPECIALTY TO QUALIFY FOR FELLOWSHIP OF THE COLLEGE?

LE CANDAT EST-IL SUFFISAMMENT EXPERIMENTE DANS SA SPECIALTE POUR MERITER D'ETRE MEMBRE COLLEGE?

YES (PLEASE COMMENT)
OUI

NO (REMARQUES SUPPLEMENTAIRES)
NON

NOT SURE _____
PAS SUR

4. WHAT IS YOUR OPINION REGARDING THE APPLICANT'S ETHICAL AND MORAL STANDARDS?

Quel est votre avis sur le niveau moral et ethique du Candidat

EXCELLENT (IF FAIR OR POOR, PLEASE COMMENT)
EXCELLENT (SI VOUS COCHER L'ENS DES DEUX DERNIERES CASES
VEUILEZ FAIRE REMARQUES SUPPLEMENTAIRES)

GOOD
BON

FAIR
ASSEZ BON

POOR
MEDIocre

5. WOULD YOU RECOMMEND THE APPLICANT FOR ADMISSION AS A FELLOW OF THE WEST AFRICAN COLLEGE OF SUREONS?

RECOMMANDERIEZ-OUS LE CANDIDAT POUR ETRE ADMIS COMME MEMBRE DU COLLEGE OUEST AFRICAIN DES CHIRURGIENS?

YES (IF NO, PLEASE COMMENT)
OUI

NON (FAIRE DES REMARQUES SUPPLEMENTAIRES)
NON

NO COMMENT _____

PAS D'AVIS _____

6. ADDITIONAL REMARKS
REMARQUES SUPPLEMENTAIRES:

7. NAME OF SPONSOR:
NOM DU PARRAIN: _____

8. ADDRESS OF SPONSOR: _____
ADRESSE DU PARRAIN: _____

9. FACULTY OF SPONSOR _____
FACULTE DU PARRAIN: _____

10. SIGNATURE OF SPONSOR _____
SIGNATURE DU PARRAIN: _____

11. DATE: _____

KINDLY RETURN DIRECTLY TO:

PRIERE RENVOYER LA FICHE DIRECTEMENT N:

THE SECRETARY GENERAL
WEST AFRICAN COLLEGE OF SURGEONS
6 TAYLOR DRIVE, OFF EDMOND CRESCENT
YABA
PMB 1067, SABO, YABA
LAGOS.

CONFIDENTIAL
CONFIDENTIEL

FORM AFF II
FICHE AFF II

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

***RECOMMENDATION FOR FELLOWSHIP APPLICATION
RECOMMANDATION DE CANDIDATURE***

Dear Fellow:

The applicant named below has submitted your name as one of his referees. Your careful attention to this matter will help the Credential Committee in arriving at a conclusion as to his/her eligibility. Kindly return the completed form under separate confidential cover directly to the Secretary General of the College.

Thank you.

The Secretary-General.

Cher Confrère

Lè candid at dont le nom est porté ci-dessous vous a nommé comme référence. Vous êtes prié d'établir cette recommandation avec un soin attentif afin d'aider le Comité chargé de l'évaluation des diplômes et certificats à décider de son éligibilité. Une l'ois, la fiche remplie, veuillez la renvoyer, sous un pli confidentiel séparé, directement au Secrétaire Général du Collège.

Avec mes remerciements.

Secrétaire Général.

*CLOSING DATE FOR APPLICATION: JUNE, 30
CLOTURE DE DEPOT DE CANDIDATURE: LE 30 JUIN.*

NAME OF APPLICANT: _____

NOM DU CANDIDAT: _____

ADDRESS: _____

ADRESSE: _____

FACULTY: _____

FACULTE: _____

2. IS THE APPLICANT KNOWN TO YOU?
CONNAISSEZ-VOUS LE CANDIDAT?

YES FOR HOW LONG? YEARS
OUI

DEPUIS COMBIEN DE TEMPS ?

NO
NON

2. IS THE APPLICANT'S PRACTICE LIMITED TO THE ABOVE SPECIALITY?
LE CANDIDATE EXERCE-T-IL, UNIQUEMENT DANS LA SPECIALITES CI-DESSUS

YES (IF NO PLEASE COMMENT)
OUI (SI LA REPOSE EST NON NEUILLEZ DONNER DES RESEIGNEMENTS)

NO
NON

3. DOES THE APPLICANT HAVE SUFFICIENT EXPERIENCE IN HIS OR HER SPECIALTY TO QUALIFY FOR FELLOWSHIP OF THE COLLEGE?

LE CANDAT EST-IL SUFFISAMMENT EXPERIMENTE DANS SA SPECIALTE POUR MERITER D'ETRE MEMBRE COLLEGE?

YES (PLEASE COMMENT)
OUI

NO (REMARQUES SUPPLEMENTAIRES)
NON

NOT SURE _____
PAS SUR

4. WHAT IS YOUR OPINION REGARDING THE APPLICANT'S ETHICAL AND MORAL STANDARDS?

Quel est votre avis sur le niveau moral et ethique du Candidat

EXCELLENT (IF FAIR OR POOR, PLEASE COMMENT)
EXCELLENT (SI VOUS COCHER L'ENS DES DEUX DERNIERES CASES
VEUILEZ FAIRE REMARQUES SUPPLEMENTAIRES)

GOOD
BON

FAIR
ASSEZ BON

POOR
MEDIocre

5. WOULD YOU RECOMMEND THE APPLICANT FOR ADMISSION AS A FELLOW OF THE WEST AFRICAN COLLEGE OF SUREONS?

RECOMMANDERIEZ-OUS LE CANDIDAT POUR ETRE ADMIS COMME MEMBRE DU COLLEGE OUEST AFRICAIN DES CHIRURGIENS?

YES (IF NO, PLEASE COMMENT)
OUI

NON (FAIRE DES REMARQUES SUPPLEMENTAIRES)
NON

NO COMMENT _____

PAS D'AVIS _____

6. ADDITIONAL REMARKS
REMARQUES SUPPLEMENTAIRES:

7. NAME OF SPONSOR:
NOM DU PARRAIN: _____

8. ADDRESS OF SPONSOR: _____
ADRESSE DU PARRAIN: _____

9. FACULTY OF SPONSOR _____
FACULTE DU PARRAIN: _____

10. SIGNATURE OF SPONSOR _____
SIGNATURE DU PARRAIN: _____

12. DATE: _____

KINDLY RETURN DIRECTLY TO:

PRIERE RENVOYER LA FICHE DIRECTEMENT N:

THE SECRETARY GENERAL
WEST AFRICAN COLLEGE OF SURGEONS
6 TAYLOR DRIVE, OFF EDMOND CRESCENT
YABA
PMB 1067, SABO, YABA
LAGOS.

