

Initial Membership *Demande d'adhésion*

Renewal *Renouvellement*

Contact Information/ Personne Ressource

<b>CCMTS Representative</b> <i>Représentant au sein du CCMTS</i>	
<b>Telephone</b> <i>Téléphone</i>	
<b>Email address</b> <i>Courriel</i>	
<b>Address</b> <i>Adresse</i>	

Institution Information/ Informations Institution

<b>Institution name</b> <i>Nom de l'institution</i>	
<b>Mailing Address</b> <i>Adresse postale</i>	
<b>Telephone</b> <i>Téléphone</i>	
<b>Email address</b> <i>Courriel</i>	
<b>Website</b> <i>Site Web</i>	

Campus Information/Informations Campus

<b>School name (if different from institution name)</b> <i>Nom d'école (si différent du nom de l'institution)</i>	<b>Program name</b> <i>Nom de Programme</i>	<b>City, Province</b> <i>Ville, Province</i>	<b># Of students</b> <i># d'étudiants</i>
<b>Total # of students</b> <i>No. total d'étudiants</i>			

## Voting Authority/ Autorité de Vote

Please list all employees in your institution who have been assigned voting authority for CCMTS

purposes *List de tous les employés de votre institution qui ont reçu le droit de vote au sein du CCMTS*

Name <i>Nom</i>	Title <i>Titre du poste</i>

## Membership Fees/ Frais d'adhésion

# Of full-time (equivalent) students <i>no. d'étudiants à temps plein ou équivalents</i>	Membership Fees <i>Frais d'adhésion</i>
0-99	\$300.00
100-199	\$400.00
200-299	\$600.00
300-399	\$800.00
<b>Total # of students at all locations</b> <i>No. total d'étudiants à tous les emplacements</i>	
<b>Cheque enclosed in the amount of</b> <i>Cheque inclus pour la somme de</i>	\$

How many certificates are required? \_\_\_\_\_ *Combien de certificats sont requis?* \_\_\_\_\_

Submitting your form and membership fees/Soumettre votre demande et les frais d'adhésion

Cheques payable to/Libeller les chèques à: **Canadian Council of Massage Therapy Schools**

Please submit your completed form and cheque to: *Envoyez votre demande complète et le:*

200, 3400 30 AVE

VERNON BC V1T 2E2

ATT: NANCY ASHLEY

If you require an invoice, please email: [nancy\\_ashley@ovcmt.com](mailto:nancy_ashley@ovcmt.com)

Si vous avez besoin d'une facture, veuillez envoyer un courriel à: [nancy\\_ashley@ovcmt.com](mailto:nancy_ashley@ovcmt.com)

## Signing Authority/Autorité de Signature

I am the owner or senior employee with signing authority. The school(s) represented in this application is/are recognized by the governing minister or department of the province(s). The number of registered students represented in this application is valid as of January of the membership year. The institution I represent will act in compliance with CCMTS by-laws and policies and procedures.

*Je suis le propriétaire ou un employé ayant le droit de signer. L'/Les école(s) indiquée(s) sur cette demande rencontre(nt) les exigences du ministère ou de l'organisme qui réglemente la massothérapie dans la province indiquée. Le nombre d'étudiants inscrits sur cette demande est valide pour 12 mois à partir du premier janvier de l'année en cours. L'(es) institution(s) agira(ont) en conformité avec les lois et règlements du CCMTS.*

Name/Nom: \_\_\_\_\_ Title/titre: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

### **CCMTS Office Use Only / Bureau du CCMTS seulement:**

Application complete

Payment received

Application and copy of cheque sent to director of membership

By-laws, Policies and Procedures have been sent to new member school(s)

Annual certificate(s) have been sent to the designated school representative