

# MULTI-JURISDICTIONAL MIDWIFERY BRIDGING PROJECT

[www.midwiferybridging.ca](http://www.midwiferybridging.ca)

## 省际助产士过渡性计划（MMBP）申请人 关于提供助产士教育课程情况的请求

### 给申请人的填写指南：

请填写第一部分，然后将该部分寄给一位能够提供关于你研读过的助产士课程和你在其中的经历详情的  
主管该课程的负责人。

#### 第一部分（由申请人填写）

申请人全名：：

曾用名(如果与你的申请有关系的话)：

：

生日：

你打算申请去执业的省份或领地省：

助产士教育机构名称：

学号 (如果有的话)：：

毕业日期：

本人授权以上所列助产士教育机构向省际助产士过渡性计划（MMBP）提供本应保密的材料。本人同意这些机构中与本人提交的省  
际助产士过渡性计划申请有关的人士之间的通信联系是特许保密的，本人放弃要求向本人披露该内容的权利。

### 关于助产士课程背景情况资料

第一部分所提到的申请人已经申请参加“省际助产士过渡性计划”（MMBP）并且打算在第一部分中提  
到的省份或领地省以注册助产士资格执业。这个注册前的过渡性课程旨在于帮助在其他国家研读过助产  
士课程的人士在申请在加拿大以助产士资格执业时候可以“衔接”或者填补她们知识或者技术上的不足

省际助产士过渡性计划评估员在决定申请人是否符合资格就读这个课程时，将使用本表所  
提供的信息。能否有资格就读这个课程的一个方法是提供她们曾经研读过的助产士课程的  
证明。

### 给助产士课程教育机构的填写指南：

1. 请填写申请表的第二部分。您可以附上书面文件来回答一些问题，但那些注有星号的问题则必  
须在这份表上填写。
2. 如果在你们的网站没有关于你们的教育课程的附加资料，请您附上该课程的书面描述。
3. 将此申请表以及任何证明文件邮寄或递送至以下的地址。不要将申请表提供给申请人，因为这  
样会使得申请表无效。

请直接寄至以下地址：

THE MULTI-JURISDICTIONAL MIDWIFERY BRIDGING PROJEC  
C/O COLLEGE OF MIDWIVES OF BC  
210 – 1682 West 7th Avenue  
Vancouver, BC V6J 4S6  
Canada

电话号码： 604-742-2232 或者 1-888-642-2232 （免费拨打）

感谢您的帮助。

**第二部分 （由助产士课程教育机构填写）**

\*机构名称：

\*助产士课程名称：

地址：

网站地址（如果有的话）：

课程学习时间：

\* 理论教学和临床实习课时：

	申请人毕业该年对毕业的最低要求	申请人完成有多少课时
<i>理论课时</i>		
<i>临床实习课时</i>		

\* 请提供申请人临床实习机构名称 和实习日期：

毕业要求：

\*完成毕业要求的日期:

\*授予申请人的资格:

请提供**申请人当学生时期**的课程概况描述(如果可能的话,其中应包括关于课程构成部分和时间范围的大纲,课程表,课程的指导思想和目标以及助产士课程专业能力的简介)

附加情况/评论:

本表填写人的名字和专业职称:

地址:

电话号码:

电邮地址:

签名:

日期: