

**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 Secrétaire-General

Cher Confrère

Le candidat dont le nom est port 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 fois la fiche remplie, veuillez la renvoyer, sous un pli confidentiel séparé, directement au Secrétaire General du College.

This Form will only be acceptable if you are in **good financial standing** with the College.

Ce formulaire ne sera acceptable que si vous êtes **en bon état financière** avec le Collège

Avec mes remerciements.

Secrétaire General

CLOSING DATE FOR APPLICATION: **JUNE 30** EACH YEAR.
CLOTURE DE DÉPÔT DE CANDIDATURE: LE 30 JUIN CHAQUE ANNEE.

NAME OF APPLICANT/NOM DU CANDIDAT:

ADDRESS/ ADDRESS: _____

FACULTY/ FACULTE: _____

1. IS THE APPLICANTS KNOWN TO YOU/CONNAISSEZ-VOUS LE CANDIDAT

YES/OUI

FOR HOW LONG / *DEPUIS COMBIEN DE TEMPS?* _____

YEARS / *ANNEES* _____

NO / NON

2. IS THE APPLICANTS PRACTICE LIMITED TO THE ABOVE SPECIALTY / LE CANDIDATE EXERCISE-T-IL UNIQUEMENT DANS LA SPECIALITE CI-DESSUS

YES / *OUI* (IF NO, PLEASE COMMENT / *SILA REPONSE EST NON, VEULILIEZ DONNER DES RESEIGNEMENTS*)

NO / *NON*

3. DOES THE APPLICANT HAVE SUFFICIENT EXPERIENCE IN HIS OR HER SPECIALITY TO QUALIFY FOR FELLOWSHIP OF THE COLLEGE / LE CANDIDATE EST-IL SUFFISAMMENT EXPERIMENTE DANS SA SPECIALTE POUR MERITER D'ETRE MEMBRE: DU COLLEGE?

YES / *OUI* (PLEASE COMMENT / *REMARQUES SUPPLEMENTAIRES*)

NO / *NON*

NOT SURE / *PAS SUR* _____

4. WHAT IS YOUR OPINION REGARDING THE APPLICANT ETHICAL AND MORAL STANDARDS / *Quel est Votre avis sur le niveau moral et éthique du Candidat?*

EXCELLENT / *EXCELLENT*
(IF FAIR OR POOR, PLEASE COMMENT / *SI VOUS COCHER TUNE DES DEUX DERNIERES CASES VETUILEZ FAIRE DES REMARQUES SUPPLEMENTAIRES*)

GOOD / *BON* _____

FAIR / *ASSEZ BON* _____

POOR / *MEDIOCRE* _____

5. WOULD YOU RECOMMEND THE APPLICANTS FOR ADMISSION AS A FELLOW OF THE WEST AFRICAN COLLEGE OF SURGEONS/*RECOMMANDERIEZ-OUS LE CANDIDAT POUR PETRE ADMIS COMME MEMBRE DU COLLEGE OUEST AFRICAIN CHIRURGIENS?*

YES/OUI (IF NO, PLEASE COMMENT/*SI VOUS REPONDEZ PAR NON VEUILLEZ*

NO/NON FAIRE: DES REMARQUES SUPPLEMENTAIRES

NO COMMENT/ *PAS D'AVIS*

6. ADDITIONAL REMARKS/*TEMARQUES SUPPLEMENTAIRES:*

7. NAME OF SPONSOR/*NOM DU PARRAIN:*_____

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

9. TELEPHONE NO:_____

10. E-mail/*Adresse électronique:*_____

11. FACULTY OF SPONSOR/*FACULTE DU PARRAIN:*_____

12. SIGNATURE OF SPONSOR/*SIGNATURE DU PARRAIN:*

13. DATE/*Date:*_____ -

KINDLY RETURN DIRECTLY TO/PRIERE DE RENVOYER LA FICHE DIRECTEMENT A:

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