

COLLÈGE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE
LA PROVINCE DE QUÉBEC.

ÉLECTION TRIENNALE

CERTIFICAT

District de.....

Nom du voteur.....

Certifié par.....

.....Témoin.

BULLETIN DE VOTATION

District de.....

Noms des candidats.

1o.

2o.

3o.

N.B.—Ce couvert doit être replié sur le bulletin
et fixé en humectant les bords garnis de mucilage.