



**ONLY APPLICABLE TO SALON OWNERS**

**EMPLOYEE STATUS INFORMATION**

**PLEASE PRINT**

Salon Name			Salon License Number		
Proprietor's Name			Certified License Number		
Salon Address	Street	Apt#	City	Prov.	Postal Code
Mailing Address (if applicable)	Street	Apt#	City	Prov.	Postal Code
Phone Number			Email Address		
Have you relocated in the past 12 months?		Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Please indicate previous address	

This form **MUST** be completed and returned to the CANB prior to **March 14th, 2025.**

**THIS APPLIES EVEN IF YOU HAVE NO EMPLOYEES OR  
IF THE COSMETOLOGISTS OR OTHER EMPLOYEES ARE RENTING SPACE.**

Please complete the following information concerning **all** employees in the salon:

Name	Name
Address	Address
License #	License #
Phone #	Phone #
Email	Email

Name	Name
Address	Address
License #	License #
Phone #	Phone #
Email	Email

If more space is needed, please attach an additional sheet to back of page

**This form may be mailed, faxed or emailed to:**

Cosmetology Association of New Brunswick  
220 Whiting Rd  
Fredericton, NB E3B 5V5  
1-800-561-8087 • (506) 458-1354 (Fax) • [saloninfo@canb.ca](mailto:saloninfo@canb.ca)



**APPLICABLE SEULEMENT AUX PROPRIÉTAIRES DE SALON**

**RENSEIGNEMENTS SUR LE STATUT DES EMPLOYÉS**

**SVP ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE**

Nom du salon			Numéro du permis en tant que propriétaire		
Nom du propriétaire de salon			Numéro du permis d'accréditation		
Adresse du salon	rue	appartement	Ville	Province	Code postale
Adresse Postale	rue	appartement	Ville	Province	Code postale
N° de téléphone			courriel		
Avez-vous déménagé votre salon au cours des 12 derniers mois? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Veuillez indiquer l'adresse précédente:					

Ce formulaire **DOIT** être complété et soumis à l'ACNB avant la date du **14 mars 2025**.

**CETTE EXIGENCE S'APPLIQUE MÊME SI VOUS N'AVEZ PAS D'EMPLOYÉS OU QUE LES COSMÉTOLOGUES OU AUTRES EMPLOYÉS LOUENT UN ESPACE DANS LE SALON.**

Veuillez compléter les exigences suivantes concernant **TOUS** les employés travaillant au salon :

Nom	Nom
Adresse	Adresse
N° du permis	N° du permis
N° de téléphone	N° de téléphone
Courriel	Courriel

Nom	Nom
Adresse	Adresse
N° du permis	N° du permis
N° de téléphone	N° de téléphone
Courriel	Courriel

Ce formulaire peut être retourné par la poste, télécopieur ou courriel électronique.