

Associated Medical Services, Inc.
BOURSES DU HANNAH FORMULAIRE DU DEMANDE

**DATE LIMITÉ DU
CONCOURS POUR
L'ANNÉE 2015**

20 février 2015

Veillez s'il vous plaît vous référer aux instructions encadrant le présent concours avant d'envoyer votre dossier. Tous les candidats doivent être inscrits à un programme de premier cycle dans une université canadienne au moment du dépôt de la demande. Les dossiers de demande d'étudiants (es) en médecine sont les bienvenues.

Veillez envoyer votre dossier complet à l'adresse suivante :

Sasha Mullally, PhD
 114 Tilley Hall
 9 Macaulay Lane
 PO Box 4400
 University of New Brunswick
 Fredericton NB, Canada
 E3B 5A3

E-mail: sasham@unb.ca

Telephone:
 506-453-5181

| | | |
|--|--------------|-----|
| Informations générales concernant le candidat | | |
| Nom | M. Mme. Mlle | |
| Adresse courante | | |
| Courriel | Téléphone | FAX |
| Statut Citoyen(ne) canadien(ne) Résident(e) permanent(e) Autre (veuillez préciser la nationalité) | | |
| Informations concernant l'institution universitaire d'affiliation | | |
| Nom de l'institution/département/adresse | | |
| Intitulé du programme suivi et date d'acceptation dans le programme | | |
| Titre du projet proposé | | |
| Un certificat d'éthique est-il requis? Non Oui (Veillez attacher l'original du certificat le cas échéant) | | |
| Superviseur de l'étudiant (nom, département, université d'attache) | | |
| Superviseur du projet et coordonnées, si différent | | |
| Répondant | | |
| Nom, titre, affiliation universitaire | | |
| Signatures | | |
| Candidat | | |
| Superviseur | | |
| Université (voir ci-dessous) | | |
| La demande doit être signée par un représentant agréé de l'institution concernée. En signant cette demande le candidat et l'institution qui administrera le projet s'engagent ensemble à respecter les conditions du présent programme de l'AMS telles que présentées dans les instructions de 2012. | | |
| Informations concernant le représentant de l'administration universitaire | | |
| Nom | | |
| Titre | | |
| Numéro de téléphone | | |
| Adresse postale complète | | |